Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tor. arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 13 lutego 1886. № 7. Rok XXV.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Madurowicza w Krakowie.

Zakończenie odbytnicy w pochwie przyczyną zaparcia żywota i zboczenia w przebiegu porodu.

Podał Dr. Jan Rosner,
asystent powyższéj kliniki.

Przez *atresia ani vaginalis* rozumiemy taką wadę chorobową, gdzie na miejscu zwykłém nie znajdujemy otworu stolcowego lub tylko płytkie zagłębienie skóry, a gdzie kiszka stolcowa kończy się otworem w tylnéj ścianie pochwy. Otwór ten napotykamy najczęściéj w pobliżu wejścia do pochwy za błoną dziewiczą. Bywa on mniéj lub więcéj wązki, a w niektórych razach nawet zaopatrzony zwieraczem tak, że ściąganie lub rozwieranie jego zawisłém jest od woli kobiety. Zbyt mały otwór pociąga za sobą zatrzymanie się kalu w dolnym odcinku kiszki stolcowéj, a w następstwach nawet groźne objawy wywołać może. Jeżeli otwór jest dosyć obszerny, a nadto, jeżeli jest zaopatrzony zwieraczem, natenczas oprócz zanieczyszczenia części rodnych nie sprawia żadnych dolegliwości.

Przypadek rzadki tego zboczenia utworowego obserwowano w klinice prof. Madurowicza przed rokiem u Kost. Józefy, rodzącéj, lat 24 liczącéj, zamężnéj ze Skawiny, którą kol. Swierz z przyczyny zbyt skomplikowanych stosunków porodowych odesłał do kliniki. Osoba ta podaje, że od urodzenia stolec oddaje przez pochwę i to po większéj części dobrowolnie; w razie rozwolnienia stolec odchodzi bezwiednie i utrzymany być nie może. Wywiady pouczają daléj, że jest po raz pierwszy w ciąży i to mniéj więcéj w końcu téjże. Przez cały czas trwania ciąży, zwłaszcza też w jéj początkach i ku końcowi, stolec bywał często zaparty, a nie było go przez tydzień cały od obecnego rozpoczęcia sprawy porodowéj. Wody płodowe odtąd odchodziły częściowo, a większa tychże ilość odeszła dniem przed przybyciem do kliniki. Od téj chwili rodząca nie czuje ruchów płodowych, przedtém wyraźnych. Pomimo silniejszych i częstszych bólów porodowych w ostatnich dniach sprawa porodowa nie postępowała, a raczéj przybierała przebieg mniéj pomyślny o tyle, że wieczorem dnia tego, w którym większa ilość wód płodowych odeszła, rączka wypadła. Natenczas dopiero zawezwano do rodzącéj lekarza i do kliniki ją przewieziono.

Badanie w klinice wykazało stan następujący: Osoba dobrze odżywiona i w ogóle dobrze zbudowana. Pomimo przewlekającéj się sprawy porodowéj stan bezgorączkowy; tętno spokojne. Brzuch wypuklony, powłoki napięte, na nich świeże rozstępy skóry widoczne. Macica kształtu podłużnie owalnego, około płodu silnie obciągnięta, tak że badanie zewnętrzne daje wynik prawie ujemny. Ciało większe jakoby odpowiadające główce znajduje się na lewo nad wchodem miednicy. Tętna i ruchów płodu wykazać nie można. Okolica otworu stolcowego zaznaczona jedynie płytkim, ślepem dołkiem. Ze szpary sromowéj wystaje rączka lewa, sinawa, która nie oddziaływa na podrażnienia. Pochwa bardzo wązka, wybadanie części pochwowéj i ujścia macicznego niemożebne, albowiem cała tylna ściana pochwy znacznie półkulisto wypuklona a w połowie téjże otwór palec przepuszczający, prowadzący do dolnego odcinka kiszki stolcowéj, rozszerzonéj prawie do objętości główki dziecka i wypełnionéj nadmierną ilością zbitego kału.

W celu opróżnienia kiszki stolcowéj, a tém samém umożebnienia dokładniejszego zbadania i wykonania potrzebnego zabiegu operacyjnego, podano rodzącéj lawatywę z wody ciepłéj przez kankę grubą wprowadzoną do kiszki stolcowéj, poczém nieco rozrzedzonego kału odeszło. Po powtórzeniu kilka razy lawatywy w ciągu godziny, nastąpiły dalsze obfite wypróżnienia, a za każdym stolcem wypuklenie tylnéj ściany pochwy, zwężające przewód téjże, malało, aż nareszcie zupełnie usuniętém zostało.

Badanie podówczas jeszcze utrudnione z przyczyny wązkiéj pochwy i wypadnięcia rączki lewéj, wykazało tężcowe

obciśnięcie szyi, wysuniętéj znacznie ku górze, na około barku, czyniąc niemożebném wybadanie położenia płodu. Gdy po zachloroformowaniu tężec ustąpił, przekonano się, że położenie płodu jest ukośne główkowe I; nad wchodem mianowicie główka, obok mocno wyprężonéj szyi, twarzą zwrócona ku dołowi i na prawo a za nią po tylnéj ścianie przewodu wypadnięta odnoga górna lewa, grzbiet zaś skierowany ku lewéj stronie macicy.

Pomimo narkozy napięcie ścian macicy tak znaczne, że o wykonaniu obrotu bez narażenia macicy na pęknięcie myśleć nie było można. Powzięto tedy zamiar wykonania dekapitacyi, któryto zabieg po nader mozolném ściągnieniu szyi płodu doprowadził o tyle do celu, że przy pomocy haka Brauna urodzono tułów odłączony w zupełności od główki. Główkę samą urodzono dopiero w godzinę późniéj kefalotryptorem Brauna; przyczyną zatrzymania jéj w macicy był tężec, który pomimo głębokiéj narkozy w zupełności usunąć się nie dał. Płód mimo twierdzenia matki, że rodzi z końcem ciąży odpowiadał rozwojem swoim 9 miesiącom księżycowym.

Po ukończeniu porodu przepłukano starannie macicę pochwę letnim rozczynem kwasu karbolowego, jak to w klinice zazwyczaj w takich razach się dzieje, gdzie się mozolnego używa rękoczynu dla zakończenia porodu i gdzie obrażenia w drogach porodowych miękkich muszą powstać znaczne. W przypadku opisanym skrupulatność pod tym względem była nadto z tego powodu wskazaną, że kiszka stolcowa kończyła się w pochwie, co niekorzystnie na czystość dróg porodowych wpływało. Nadto założono do pochwy kilka skrawków gazy jodoformowéj, zamaczanéj w rozczynie kw. karbolowego. W pierwszych dniach po porodzie opatrywano w ten sposób położnicę 4—5 razy dziennie. Stan bezgorączkowy; zwijanie macicy i przebieg połogu prawidłowy.

Przed wyjściem z zakładu, co już 11go dnia po porodzie nastąpiło, zbadano dokładniéj przedewszystkiém miednicę, która wykazała wymiary zupełnie prawidłowe, na dowód, że nie ona stanowiła przeszkodę podczas porodu; zbadano nadto pochwę i zakończenie kiszki stolcowéj, przyczém przekonano się, że otwór stolcowy w tylnéj ścianie pochwy jest dla palca drożny, brzegi jego podatne, miernie grube, napinające się podczas badania. Dolny odcinek kiszki stolcowéj nadmiarowo rozdęty, graniczy prawie z międzykroczem; warstwa odgraniczająca wynosić mogła około 2cm. Ze względu, że w przypadku danym skuteczne utworzenie otworu stolcowego w miejscu prawidłowém nie napotykałoby na trudności, polecono choréj zgłosić się w kilka miesięcy do kliniki, w celu poddania się odpowiedniéj operacyi, na co taż chętnie się zgodziła. O ile jednak późniejsze wiadomości nas doszły, chora mniéj więcéj w pół roku po wyjściu z kliniki zmarła z zapalenia płuc.

Zastanawiając się bliżéj nad niniejszym przypadkiem, musimy zwrócić uwagę na dwie okoliczności, a mianowicie raz na powstanie téj wady, a powtóre na szkodliwe następstwa podczas porodu, wynikłe z nagromadzonego kału w wielkiéj ilości w kiszce odchodowéj.

Do uwag ogólnych podanych na wstępie dodać należy, że wadę tę tłumaczyć wypada jako pozostanie rozwoju przewodu pokarmowego na stopniu, jaki odpowiada wcześniejszemu okresowi życia zarodkowego, a mianowicie, że w czasie gdy przewód pokarmowy i moczopłciowy otwarte są jeszcze do tak zwanéj zatoki moczopłciowéj *(sinus urogenitalis)*, nie rozwija i nie przedziurawia się zagłębienie skóry, z którego międzykrocze ma powstać, przez co otwór stolcowy nie zostaje utworzony, a koniec przewodu pokarmowego nie oddziela się od przewodu moczopłciowego.

Co się tyczy statystyki wady w mowie będącéj, to zaznaczyć trzeba, że u osób dorosłych nader rzadko ją napotykamy i tak w zbiorze tutejszym anatomo patologicznym nie ma okazu téj wady z osoby dorosłéj.

Co się tyczy miejsca usadowienia otworu, to autorowie opisujący podobne przypadki podają, że leży on zazwyczaj tuż za wejściem pochwowém w miejscu odpowiadającém dawniejszéj zatoce moczopłciowéj, gdy u naszéj choréj znajdował się on prawie w połowie tylnéj ściany pochwy, co nader rzadko przydarza się i chyba tém tłumaczyćby się dało, że z wiekiem powstaje coraz znaczniejsze rozdęcie odbytnicy, co pociąga za sobą rozciągnięcie i zwiotczenie tkanin a następowo wysunięcie otworu ku górze.

Do dobrowolnego oddawania kału przyczynia się głównie, jak już nadmieniono, obecność zwieracza usadowionego na około otworu, jak niemniéj fałd poprzeczny odbytnicy (*plica transversalis recti).* Jak mało dolegliwości cierpienie to w razie obecności zwieracza sprawia, świadczy najlepiéj przypadek podany przez Ricorda, gdzie mąż po 3 latach pożycia małżeńskiego nie wiedział, że u żony komunikacyja między pochwą a kiszką stolcową istnieje, jak niemniéj przypadek Morgagniego dotyczący 100-letniéj izraelitki, dotkniętéj powyższém cierpieniem.

Jeżeli otwór komunikacyjny jest zanadto mały lub zatkany, tak że smołka, resp. kał, odchodzić nie może, natenczas występują objawy groźne. W pierwszym rzędzie następuje wzdęcie żywota, kał bowiem ulega rozkładowi a gazy ztąd się wywiązujące rozszerzają jelita.

Skutkiem wzdęcia przepona zostaje wyparta ku górze, co w następstwie pociąga za sobą zwolnienie ruchów oddechowych, sinicę. W dalszym ciągu pojawia się zadrażnienie otrzewny, wymioty kałowe, czkawka i następuje śmierć wśród objawów ogólnego upadku sił. Zauważano również stany zapalne przewodu pokarmowego a nawet pęknięcia i wylanie się treści do jamy brzusznéj.

Zabieg operacyjny w celu usunięcia wady w mowie będącéj polega na zmodyfikowanéj proktoplastyce Dieffenbacha, mianowicie téż na wykonaniu podłużnego otworu w miejscu odpowiadającém prawidłowemu otworowi stolcowemu, ściągnięciu na dół i odcięciu kiszki stolcowéj najlepiéj wraz ze zwieraczem, jeżeli takowy istnieje, od tylnéj ściany pochwy i umocowaniu jéj w ranie a zaszyciu otworu nieprawidłowego w pochwie. Operacyj tego rodzaju wykonano jak dotąd 11 i to przeważnie z wynikiem pomyślnym, bo tylko z 1 przypadkiem śmierci (Pitha Billroth *Handbuch der spec. Chirurgie*).

Co się tyczy literatury odnośnego przedmiotu, to w nowszych czasach opisywali wadę tę: Hynitsch, Herrgott, Naudin, Lane, Curling, Blasius a prof. Bryk wykonał w swoim przypadku proktoplastykę z pomyślnym wynikiem *(Oest. Zeitschrift f. prakt. Heilkunde* 1861).

W dawniejszéj literaturze napotykamy również kilka przypadków tego cierpienia (Förster. *Die Missbildungen des Menschen* str. 118).

Co się tyczy punktu drugiego, tj. zboczenia porodowego, wynikłego z przepełnienia odbytnicy kałem, to przepełnienie takie niewątpliwie stanowić może przeszkodę porodo-

wą, utrudnia bowiem wstąpienie części poprzedzającéj do próżni miednicy lub czyni je, jak to w przypadku danym niezaprzeczenie miało miejsce, wprost niemożebném.

U naszéj choréj następstwa sięgały jeszcze daléj, bo gdy pierwotnie położenie płodu było czaszkowe, za czém sama postać macicy podłużnie owalna przemawiała, to w skutek niemożliwego ustalenia się główki i przewlekania się sprawy porodowéj aż przez dni 7, położenie podłużne zmieniło się na ukośne i rączka wypadła. Nie trudno również przypuścić, że ucisk rozszerzonéj nadmiernie odbytnicy na dolny odcinek macicy sprawę porodową przyspieszył.

Uwzględniwszy tych kilka uwag przyznać należy zupełną słuszność żądaniu, aby przed i podczas porodu pamiętano o wypróżnieniu kiszki odchodowéj i pęcherza moczowego.

II. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznéj za r. 1883 i 1884 i z wykonanych w tym czasie operacyj.

Podał Dr. F. Marcisiewicz,

asystent téjże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

Wspomniałem właśnie, że w trzech przypadkach zagojenie się ranki i przywrócenie komórki przodkowéj opóźniało się, pomimo, iż operacyja wypadła zupełnie prawidłowo.

Przypadki takie znane są dawno, już Graefe bowiem zwrócił uwagę na ten przebieg nieprawidłowy. Tyczy się on przedewszystkiém jaskry prostéj, ale wydarza się, lubo rzadziéj, także i w przypadkach jaskry zapalnéj. Obawiać się go należy według doświadczenia w tych przypadkach, w których wygórowany ucisk śródoczny nie doznaje bezpośrednio po wykonaniu operacyi takiego obniżenia, jakie znajdujemy w oku prawidłowo napiętém po przekłóciu rogówki i wypuszczeniu cieczy wodnéj. W niektórych, na szczęście rzadkich przypadkach tego rodzaju (według Graefego w niespełna 2% jaskry prostéj), które on nazwał jaskrą złośliwą *(glaucoma malignum)*, ucisk śródoczny wzmaga się, mimo braku komórki przodkowéj, w następnych dniach bardzo znacznie, tęczówka i soczewka zostają silnie przyparte do rogówki, występuje nastrzykanie naczyń rzęskowych, przeważnie żylne, łzawienie i bolesność przy dotknięciu okolicy ciałka rzęskowego, a ostatecznie kończy się wszystko niepowrotną utratą wzroku. W innych przypadkach tego rodzaju, w których ucisk śródoczny jest po operacyi tylko nieznacznie podwyższony a objawy zadrażnienia mierne, można mieć nadzieję, że po kilku a niekiedy nawet dopiero kilkunastu dniach ranka zagoi się a operacyja odniesie jeszcze skutek pożądany.

Łatwo zrozumieć, jak przykrém jest w takich przypadkach położenie operatora. W braku wszelkich oznak, któreby ten nieprawidłowy lub zgoła złośliwy przebieg przewidzieć pozwalały już przed operacyją, przystępuje on do niéj z najlepszą otuchą, a wykonawszy ją bez zarzutu widzi się naraz niemal zupełnie bezradnym, bo wszelkie dotąd w podobnych razach zalecane środki są w skutkach swoich bardzo wątpliwe, jeżeli nie całkiem zawodne. Za radą Graefego, który się przekonał, że wszelki ucisk, wywierany w tych warunkach na oko, jest szkodliwym i zwiększa tylko niebezpieczeństwo nieprawidłowego przebiegu, usuwamy przedewszystkiém opaskę uciskową a zastępujemy ją prostym opatrunkiem ochronnym, stosujemy zalecane również przez Graefego okłady z ciepłego naparu rumiankowego, podajemy środki przeczyszczające i chinin w dużych dawkach, koimy bóle za pomocą morfinu podskórnie wstrzykiwanego — wszystko jednak częstokroć bez widocznego, a niekiedy nawet zgoła bez żadnego skutku. Po wejściu w użycie ezerynu spodziewać się można było, że zastosowanie tego środka, obniżającego ucisk śródoczny i działającego przed operacyją tak zbawiennie na oczy jaskrą dotknięte, zdoła przyspieszyć zagojenie się ranki po operacyi. Oczekiwanie to, na pozór tak usprawiedliwione, zawiodło nas jednak najzupełniéj.

Rzecz osobliwsza, że właśnie środek, działający wprost przeciwnie, atropin, którego szkodliwe działanie na oczy jaskrą dotknięte jest doświadczeniem stwierdzone i tak powszechnie uznane, iż zastosowanie go w przypadkach jaskry poczytane być musi za grubą a w opłakane następstwa płodną niewiadomość, okazał nam się w przypadkach, o których mowa, lekiem tak dzielnym jak żaden z dotąd znanych i używanych środków. Do doświadczeń w téj mierze przedsięwziętych skłoniło prof. Rydla rozumowanie teoretyczne. Uderzyło go mianowicie, że w przypadkach, w których po operacyi jaskry ranka nie goiła się a komórka przodkowa pozostawała próżną, tęczówka wypukla się w następnych dniach coraz to bardziéj i coraz to silniéj przypartą zostaje do rogówki, silniéj aniżeli to z początku, mimo braku komórki przodkowéj, ma miejsce. Przyczynę tego zjawiska upatrywał prof. Rydel w posunięciu się naprzód i silném wypukleniu soczewki skutkiem kurczu mięśnia akomodacyjnego, wywołanego przez zadrażnienie ciałka rzęskowego, połączone z zadaniem ranki operacyjnéj. W tém rozumowaniu utwierdzało nadto doświadczenie, że ze wszystkich dotąd stosowanych środków najskuteczniejszém jeszcze okazywało nam się zawsze stosowanie ciepłych okładów rumiankowych, zdolnych właśnie sprowadzić zwolnienie domniemanego kurczu. Sama przez się niejako nasuwała się więc myśl spróbowania atropinu celem usunięcia kurczu mięśnia rzęskowego i naporu wypuklonéj nadmiernie soczewki, zmniejszenia tém samém parcia na brzegi ranki i przyspieszenia jéj zagojenia. Łatwo jednak zrozumieć, że zastosowanie środka, którego zgubny wpływ na przebieg jaskry doświadczenie powszechne zamieniło słusznie w dogmat niewzruszony, wymagało pewnéj odwagi, na którą trudno było zdobyć się w przypadkach niepozbawionych jeszcze nadziei pomyślnego skutku po użyciu środków dotąd znanych i powszechnie używanych. Nareszcie wydarzył się w czerwcu 1880 roku przypadek rozpaczliwy, w którym zawiodły dotychczasowe środki, tak, iż nie było już nic do stracenia, a tém samém usprawiedliwione było zastosowanie środka obosiecznego, za którém jednak rozumowanie teoretyczne przemawiać się zdawało.

U D. A., kobiety 43-letniéj, wykonano w dniu 2im czerwca 1880 r. z powodu jaskry prostéj irydektomiję na oku prawém ku górze. Operacyja wypadła nienagannie; wycięto kawałek tęczówki na 4mm. szeroki aż do brzegu; w rance nie było tęczówki uwięźniętéj. Nazajutrz nie było ani śladu komórki przodkowéj, usunięto więc opaskę, stosowano ciepłe okłady rumiankowe, zapuszczono ezeryn — wszystko jednak bez żadnego skutku.

Począwszy od 10go dnia po operacyi przyżegano rankę kilkakrotnie kamieniem piekielnym złagodzonym, a gdy i to żadnego nie odniosło skutku, polecił prof. Rydel w dniu 20ym czerwca, a więc po upływie 18 dni od operacyi zapuścić 1% roczyn atropinu, co też w ciągu tego i następ-

pnego dnia po trzy razy uskuteczniono. Już dnia 22go czerwca był pierwszy ślad komórki przodkowéj, która w następnych dniach zagłębiła się wyraźnie, aczkolwiek zawsze dość płytką pozostała. W dniu 2 lipca A. D. opuściła klinikę z okiem prawidłowo napiętém, ranką zagojoną, komórką przodkową wypełnioną choć płytką, z $V^6/_9$ (nie całe) za pomocą + 2 D, to jest z taką samą bystrością wzroku z jaką do kliniki wstąpiła.

Zachęceni tak pomyślnym skutkiem zapuszczaliśmy odtąd atropin (zazwyczaj trzy razy dziennie) we wszystkich przypadkach, w których po wykonaniu irydektomii z powodu jaskry opóźniało się gojenie ranki i wypełnienie komórki przodkowéj. Takich przypadków mieliśmy 16 w ciągu $5^1/_2$ lat, tj. od czerwca 1880 aż po koniec grudnia 1885 roku.

W 9 z nich skutek był niemal doraźnym, zaraz bowiem nazajutrz (w 6 przypadkach) lub po upływie 48 godzin (w 3 przypadkach) był już widoczny pierwszy ślad komórki przodkowéj. W 4 z tych przypadków zapuściliśmy atropin już nazajutrz po operacyi, w 2 po upływie dwóch dni, w 2 innych po upływie pięciu, w 1 wreszcie (powyżéj opisanym) dopiero 18go dnia po operacyi.

Z pozostałych 7 przypadków zagoiła się ranka w 2 po trzech dobach; w 2 po czterech dobach; w 1 po ośmiu, w 1 po 10; w 1 wreszcie dopiero po 13 dobach zapuszczania atropinu. W 3 z nich przystąpiono już nazajutrz; w 2 po dwóch dniach; w 1 po trzech dniach; w 1 po 4 dniach, licząc od dnia operacyi, do zapuszczania atropinu.

Do tych przypadków dodać jeszcze mogę przypadek jaskry prostéj, którą prof. Rydel operował w dniu 28 stycznia rb. w praktyce prywatnéj. Gdy ranka, mimo usunięcia opaski uciskowéj, jeszcze 31 stycznia nie była zagojoną a oko okazywało dość znaczne nastrzykanie rzęskowe i lekką bolesność przy dotknięciu okolicy ciałka rzęskowego, zapuszczono w dniu tym rano i wieczór po parę kropli 1% roczczynu atropinu. Po trzeciém zapuszczeniu, w dniu 1ym lutego rano, spostrzeżono już wieczór ślad komórki przodkowéj i zapuszczono atropin po raz czwarty. Nazajutrz ranka była już zagojoną a komórka głęboką, poczém wszystkie niepokojące objawy szybko ustąpiły.

W żadnym przypadku nie zauważyliśmy zaostrzenia się sprawy chorobowéj lub jakiegokolwiek szkodliwego wpływu, przypady zadrażnienia ustępowały owszem szybko po zagojeniu się ranki, podwyższony ucisk śródoczny stawał się wkrótce prawidłowym, słowem zbawienny wpływ atropinu był zawsze tak widocznym, iż uważać go musimy za najdzielniejszy środek we wszystkich tych przypadkach, w których gojenie się ranki i wypełnienie komórki przodkowéj spóźnia się po wykonaniu irydektomii w oczach jaskrą dotkniętych.

Oprócz tego uciekaliśmy się do atropinu po irydektomii w tych wszystkich przypadkach jaskry, w których z jakiegobądź powodu, najczęściéj po zapuszczaniu ezerynu, wytworzyły się tylne przyczepiny lub zachodziła obawa ich wytworzenia. I w tych przypadkach oczy znosiły atropin bardzo dobrze, nie zauważyliśmy téż nigdy jakichkolwiek następstw niepożądanych. Podobne doświadczenia zrobił widocznie Jacobson, jak to widać z krótkiego przypisku do jego pracy o jaskrze pod napisem: „*Zur Casuistik der glaucomatösen Krankheiten*“ w którym mówi: „*Merkwürdiger Weise verliert das Atropin seine nachtheilige Wirkung auf den glaucomatösen Process, sobald ein Stück Iris excidirt ist, es beseitigt mit der Zerreissung der Synechieen nicht nur iritische Zustände, sondern bewährt sich auch als zuverlässigstes Mittel zur Herstellung der aufgehobenen vorderen Kammer*“. (*Graef. Arch. f. Ophth.* B. XXX, Abth. IV, str. 178 z roku 1884).

Krótko zebrane wyniki naszych doświadczeń nad działaniem atropinu po operacyi ócz jaskrą dotkniętych brzmią więc jak następuje:

1) Oczy jaskrą dotknięte, bez względu na postać cierpienia, znoszą po wykonaniu irydektomii atropin zupełnie dobrze.

2) Atropin wpływa bardzo skutecznie na przywrócenie komórki przodkowéj, jeżeli opóźnia się gojenie ranki po wykonaniu irydektomii. W przeważnéj większości przypadków (12 razy na 17 przypadków licząc i przypadek z praktyki prywatnéj) osiągamy pożądany skutek już po upływie 1 do 3 dni; w innych, rzadszych przypadkach następuje to późniéj, tak, iż skuteczność atropinu jest wątpliwą.

3) Atropin jest również wskazanym w celu przerwania przyczepin tylnych, powstałych po wykonaniu irydektomii w oczach jaskrą dotkniętych.

III. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił **Dr. Ferdynand Obtułowicz**,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

II. Sposób powstawania czyli patogeneza dyfteryi.

Zachodzi teraz pytanie, co to jest dyfteryja, jakiemu przyrzutowi zawdzięcza swe powstanie, jaka jest przyroda tego przyrzutu i czy błonica jest najpierw cierpieniem miejscowém, które następnie kończy się ogólném zakażeniem krwi lub czy téż odrazu jest cierpieniem ogólném zakaźném.

Pod względem umiejętnego określenia dyfteryi panuje chaos ogromny, który najlepszym jest wyrazem zamięszania pojęć o sprawie chorobowéj, nazwanéj najpierw przez Bretonneaua dyfteryją i zarazem stanowi dowód, jak wiele jeszcze nagromadzić trzeba ścisłych spostrzeżeń, ile przeprowadzić doświadczeń ściśle umiejętnych, jak wielkie jeszcze muszą być postępy na polu bakteryjologii, aby sprawa co do téj choroby stanowczo była rozstrzygniętą i w ściśle prawdziwie umiejętne ramy ujętą. Przytoczę tutaj definicyje dyfteryi wypowiedziane przez najznamienitszych autorów, a zacznę od Klebsa, który może najwięcéj chaosu w określenie téj sprawy chorobowéj wprowadził, budując zanadto pospiesznie na podstawie badań drobnowidowych gmachy pojęć, pod które przyszłość dopiero rzeczywiście silne podwaliny rzucić potrafi. I tak w monografii o dyfteryi zamieszczonéj w *Real-Encyclopaedie* Eulenburga str. 167 wypowiada zdanie, że w celu niewątpliwego rozpoznania błonicy za życia, zwłaszcza w początkach tego cierpienia, należy koniecznie posługiwać się badaniami drobnowidowemi, inaczéj bowiem nie podobna rozróżnić błonicy prawdziwéj od tak zwanéj błonicy wrzekoméj (*Pseudodiphtheria*), zwłaszcza dopóki sprawa chorobowa nie zdradziła swéj cechy nader groźnéj przez ciężkie objawy ogólne.

Według wskazówek podanych przez Klebsa mają błony zajęte z migdałków w prawdziwéj błonicy, zwilżone mię-

szaniną gliceryny i kwasu octowego zlodowaciałego okazywać już przy powiększeniu 150—200 razy laseczniki (*microsporon diphtheriticum*), które ustawione są prostopadle do powierzchni błony i wyglądają bardzo podobnie do rzęsów przybłonka wyścielającego błonę śluzową oskrzeli: nadto w najwyższych warstwach błon wrzekomych napotyka się mnóstwo drobniutkich częstokroć brunatnawo zabarwionych koków. W przypadkach zaś tak zwanéj błonicy wrzekoméj, zazwyczaj łagodnych i przebiegających szczęśliwie, badanie drobnowidowe nie wykazuje grzybków powyższych, lecz mikrokoki daleko większe, należące do grupy przez Klebsa nazwanéj „*Schistomyceta monadina*“. Oczywiście Klebs nadaje zresztą dyfteryi wrzekoméj te same cechy makroskopijne, jakie w postaci błon dyfterytycznych na migdałkach, podniebieniu miękkiém itd. występują, ale twierdzi, że w przypadkach błonicy wrzekoméj, gdy wypocina rozszerza się, widać na częściach sąsiednich błony śluzowéj wprzód leciuchny nalot, jak gdyby części te drobnym proszkiem były posypane, a w kilka godzin dopiero lub dnia następnego w miejscach tych potém widać już grubszą błonę wrzekomą. W przypadkach błonicy prawdziwéj miał Klebs nigdy nie dostrzegać podobnych objawów; tłumaczy zaś zjawisko to w ten sposób, że działkogrzybki cechujące prawdziwą dyfteryję tworzą pokłady o wiele cieńsze, niż mikrokoki w nalotach błony wrzekoméj. Fakt ten jednak do takiego znaczenia przez Klebsa podniesiony nie wytrzymuje krytyki przynajmniéj w codziennéj praktyce i to w przypadkach nader ściśle obserwowanych, gdyż w wielu przypadkach zabójczéj, a zatém już i zdaniem Klebsa prawdziwéj dyfteryi, widziałem to samo zjawisko i na pół lub na całą dobę naprzód mogłem przez dostrzeżenie cieniuchnego nalotu niemal pajęczynowatego, zapowiedzieć szerzenie się błon dyfterytycznych w pewnym kierunku, a nadto cały podział Klebsa na dyfteryję prawdziwą, przez którą chce rozumieć przypadki nader ciężkie i zwykle kończące się niepomyślnie, i na dyfteryję wrzekomą, pod którą podporządkowuje przypadki łagodniéj przebiegające,—cały ten podział jest zanadto sztuczny, choć niby na wrzekomo bardzo umiejętnéj podstawie oparty. Przyroda i w zakresie chorób zakaźnych ma swe prawidła, ale i swe kaprysy i nie znosi pęt żelaznych, a każdy z lekarzy, który widział tysiące przypadków czy to dyfteryi czy to płonicy (szkarlatyny), czy to duru plamistego, czy innéj choroby zakaźnéj, jest dostatecznie o prawdzie słów moich przekonanym i wie, że podczas jednéj i téj saméj epidemii błonicy zdarzają się przypadki i bardzo złośliwe i bardzo łagodne, tak że nieraz trzeba sobie zadać pytanie, czy przypadek ten lub ów należy zaliczyć do dyfteryi, lub też do zwykłego przypadkowego nieżytowego zapalenia gardła. Zależy to od indywidualności chorego i wielu jego właściwości czyli od gruntu, na jakim przyrzut dyfterytyczny ma się rozwinąć. Każdy lekarz wie aż nadto dostatecznie, jak zabójczą jest płonica (szkarlatyna) nawet dla dzieci starszych, dla chłopców i dla dziewcząt powyżéj lat 10, jak z drugiéj strony choroba ta nieraz tak łagodnie przebiega, że chętnieby się wszystkie dzieci pozarażało, aby tylko w ten sposób płonicę przebyły a mimo to nikomu na myśl nie przyjdzie dla przypadków tych tworzyć inną grupę chorobową; rzecz się ma podobnie z durem plamistym, z durem brzusznym, ospą itd. Sam Klebs nawet, nie umiejąc wybrnąć z sprzeczności, w jakich obrazy mykotyczne z przypadkami klinicznemi pozostają, przestrzega, że i przypadków dyfteryi wrzekoméj lekceważyć nie należy, gdyż i one wywołać mogą śmierć przez przesunięcie się sprawy chorobowéj na krtań, a szczególniéj na więzadła prawdziwe.

Zastanówmy się teraz daléj, jak dyfteryję określają inni poważni autorowie: Oertel w zbiorowém dziele Ziemssena (l. c. str. 584) mówi, że jestto przeważnie choroba epidemiczna, nagabująca błonę śluzową dróg oddechowych i z tego punktu wyjścia zakażająca cały ustrój, tak że wyrasta na chorobę zakaźną, ogólną; Senator w monografii pomieszczonéj w zbiorze odczytów wydawanych przez Volkmanna (Nr. 78) nazywa błonicę „*Synanche contagiosa*“ i rozumie przez nią chorobę zakaźną z przebiegiem ostrym, która występuje szczególniéj u dzieci i wywołuje pewne zmiany w błonie śluzowéj w miejscu skrzyżowania się dróg oddechowych z przewodem pokarmowym, a zatém na błonie śluzowéj migdałków, języczka i podniebienia miękkiego, daléj na korzeniu języka, w krtani, tchawicy, na tylnéj ścianie gardziela albo w jamie nosowéj; Monti (l. c. str. 133) określa dyfteryję jako chorobę zakaźną, którą charakteryzuje rozliczne umiejscowienie i wytwarzanie się wypocin włóknikowych w tkance śluzowéj lub na powłokach zewnętrznych; Eichhorst zaś w dziele, które niedawno prasę opuściło (*Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie* 1884), ścieśnia zakres błonicy do właściwéj choroby połyku (*Rachendiphtherie*) i określa błonicę jako chorobę, którą cechują różne stopnie zmian zapalnych w połyku, a grupa tych zmian zapalnych ma tę wspólną charakterystyczną właściwość, że objawia przyrodę zakaźną. Cohnheim uważa sprawę dyfterytyczną za ścisłe zespolenie sprawy zapalnéj z obumieraniem tkanin, Weigert zaś określa ją jako obumieranie tkanin skutkiem krzepnącego wysięku (*Coagulationsnecrose*).

Nie ulega kwestyi, że prawdziwie umiejętne, a mimo to ścisłe i dokładne, określenie pewnéj choroby w ogóle jest rzeczą nader trudną, zwłaszcza gdy żądamy krótkiéj, a mimo to wyrazistéj definicyi. To też każdéj z powyższych definicyj możnaby zarzucić w pewnym względzie niejasność i niedokładność, gdyż chcąc się ściśle umiejętnie wyrażać mówiąc o dyfteryi w ogóle, musimy odróżnić: 1) dyfteryję w ścisłém klinicznem słowa tego znaczeniu, od 2) zapalenia dyfterytycznego w znaczeniu anatomiczném. Przez błonicę czyli dyfteryję w pojęciu klinicznem rozumieć musimy chorobę ogólną, zakaźną, zawdzięczającą powstanie swe najprawdopodobniéj bakteryjom, któráto choroba lokalizuje się zwykle w połyku i górnych częściach dróg oddechowych, a cechuje się wytwarzaniem produktów zapalnych w różnym stopniu, z szczególną skłonnością wytworów tych do rozpadu. Dyfteryja zatém zakażając ustrój wywołuje zazwyczaj cały szereg zaburzeń nader groźnych, które świadczą o zatruciu całego ustroju i o ciężkich zmianach wewnątrz organizmu, a zmiany miejscowe, jakie widzimy w połyku, nie mogą same przez się wytłumaczyć tych groźnych objawów, jeżeli nie przypuścimy równocześnie pewnych ustrojów najniższego rzędu (mikroorganizmów, bakteryj), wnikających w organizm i nadwerężających w sposób dotąd niewytłumaczony równowagę w funkcyjach tegoż.

Natomiast z a p a l e n i e t y l k o z c e c h ą d y f t e r y t y c z n ą, w pojęciu więcéj anatomiczném, pojawiać się może w różnych narządach ustroju, zawdzięcza swe powstanie rozlicznym przyczynom; nie wywołuje tak ciężkich ogólnych zaburzeń grożących zagładą całemu ustrojowi, a odznacza się wysiękiem włóknikowym na powierzchni lub w głębi tkaniny ułożonym, również ze szczególną skłonnością do rozpadu; tak np. mówimy o dyfterytyczném zapaleniu pęcherza, kiszki grubéj, pochwy, żołądka, spojówek itp.

Piękna praca doświadczalna Heubnera, któréj wyniki bez wątpienia powszechnie są już znane (Heubner l. c. i

sprawozdanie Dra Kopffa w Przeglądzie Lek. z r. 1883, str. 601) również uzasadnia takie zdefinijowanie dyfteryi i rzuca światło na powstawanie sprawy dyfterytycznéj pod względem anatomicznym. Autor ten bowiem potrafił za pomocą odpowiedniego podwięzywania naczyń krwionośnych pęcherza u królików wytworzyć sztuczne pokłady błonicowe i udowodnił, iż zmiany dyfterytyczne powstają przez ścisłe zespalanie się ciężkiego zapalenia z obumieraniem tkanin, obrazowo zaś skreśla sprawę tę w sposób następujący: Najpierw zbrzęka przybłonek i nasiąka wydzieliną krwawą; potém ulegając właściwym zmianom postaciowym obumiera, wreszcie zaś wytwarza się błona włóknikowa częścią z obumarłego materyjału komórek przybłonkowych, częścią zaś z przesączyny krwawéj. Nadto może i sama tkanka błony śluzowéj, a nawet i podśluzowéj, zbrzęknąć i obumrzeć skutkiem nasiąknięcia „krzepnącym wysiękiem“.

Powstawanie zaś zmian co dopiero wyszczególnionych tłumaczy Heubner w następujący sposób nader trafny: „Skutkiem podwiązania naczyń następuje zastoina w krążeniu i to tak w tętnicach, jak i w żyłach i naczyniach włosowatych, przez co również następuje zboczenie w prawidłowém odżywianiu tkanin. Następstwem tego zboczenia w odżywianiu są najpierw zmiany chorobowe w przybłonku, które kończą się obumarciem komórek. Podobnie jak komórki przybłonkowe ulegają powolnemu obumieraniu i komórki tkanki łącznéj, oraz włókna mięsne, a ponieważ i naczynia krwionośne nie są prawidłowo odżywione, przeto, gdy świeży prąd krwi, z prawidłowém parciem, wpłynie w zakres naczyń chorobowo zmienionych, to składniki krwi przesiąkają łatwo do części otaczających, a w ten sposób z naczyń przepacają się w znacznéj ilości istoty kleinowe *(colloide Substanzen)*, oraz osocze krwi, tworząc wypocinę zapalną.

Zmiana ta chorobowa w naczyniach jest początkiem ich obumierania; ponieważ jednak naczynia krwionośne łatwiéj wytrzymują zboczenie w odżywianiu, niż inne tkaniny, przeto nie ulegają tak łatwo zupełnemu obumarciu, lecz mogą powrócić nawet do zupełnego stanu zdrowia. Chwilowo atoli źle odżywione naczynia przepuszczają przez swe ściany składniki krwi nadpływającéj z parciem ościennêm prawidłowém, a składniki te krzepnąc po za ścianami naczyń przyczyniają się do tém szybszego sprowadzenia śmierci komórek i tkanin otaczających. Ponieważ jednak do faktu krzepnięcia włóknikowego potrzeba wspólnego i jednoczesnego działania 2 istot, tj. istoty włóknikorodnéj i włóknikotwórczéj, przeto Heubner przedstawia sobie sprawę tę w ten sposób, że komórki i tkaniny w chwili zupełnego obumierania wydzielają właściwą istotę włóknikotwórczą, która otoczona dokoła i przesiąknięta osoczem krwi zawierającém włóknik czyli istotę włóknikorodną, krzepnie i wytwarza tym sposobem produkty zapalne cechujące błonicę. (C. d. n.)

IV. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

I.

Śmierć zagadkowa śp. Roberty M. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

Dzięki pp. obducentom przypadek niniejszy nie przestaje atoli być zagadkowym, jak go słusznie nazywa prof. F., a to z powodu, że trudno wytłumaczyć zmiany w żołądku. Powiedzieliśmy już, że trudność ta pochodzi ztąd, że Wydział miał w aktach dwa opisy całkiem sprzeczne między sobą, a szan. autor broszury przez wprowadzenie opisu trzeciego nietylko że trudności téj nie usunął, lecz owszem powiększył ją znacznie. Ponieważ orzeczenie Wydziałowe nie jest rozprawą naukową, nie podobna było w niém dać wyraz wszystkim wątpliwościom, które się nasunęły. Inne zresztą musianoby wysnuć wnioski, biorąc opis pierwszy za autentyczny, a inne na podstawie opisu drugiego.

Zastanówmy się na chwilę nad opisem pierwszym, podanym przez lekarza miejskiego (czyli przez lekarzy miejskich według prof. F.) na podstawie oględzin pierwszych, a więc o wiele ważniejszych, to według mego przekonania rzecz przedstawia się całkiem prostą. „Żołądek „zawiera kilka łyżek płynu brudnego, bladawego, zmię„szanego ze śluzem, bez odoru; błona śluzowa w górnéj „części i w środku przekrwiona i widać mnóstwo drobnych „podługowatych wynaczynionek“. Oto wszystko! Czy tu była jakakolwiek podstawa do przypuszczenia otrucia? Albo to były rzeczywiste wynaczynionki lub tylko plamki czerwone, mające tylko pozór wynaczynienia; w ostatnim razie były to zmiany pośmiertne, w pierwszym powstały za życia; ale przekrwienie (i to nie „mocne“, jak autor rozprawy podaje) znajdujemy u większéj połowy trupów, u których najmniejszego niema podejrzenia otrucia, zwłaszcza, jeżeli śmierć nastąpiła wśród trawienia, a w danym przypadku tém mniéj obraz ten zadziwić może, o ile Roberta M. umarła wśród objawów uduszenia, a że wśród uduszenia kurcz naczynioruchowy wywołuje zastoinę w naczyniach żołądka a następnie wynaczynienia krwi, jest rzeczą tak dalece częstą i znaną, że Hofmann przestrzega (a za nim, jak widzieliśmy, powtarza prof. F.), aby przekrwienia tego i wynaczynionek w żołądku, jako mogące być objawem częściowym uduszenia, nie brać za zmiany właściwe otruciu kw. pruskim. Zasługuje na uwagę ważna jeszcze okoliczność. Hofmann (w dziele swojém str. 601) na podstawie swego doświadczenia pisze co następuje: „Możność, że eter lub lek podobny zadany został krótko przed śmiercią, na tém większe zasługuje uwzględnienie, o ile płyny takie drażnią rzeczywiście błonę śluzową żołądka, a przez to, jakeśmy się przekonali w naszych przypadkach, wywołują na niéj zaczerwienienie z nastrzykania pochodzące i silniejsze wydzielanie śluzu, które to zmiany mogłyby być wprowadzone w związek z otruciem“. Gdy Roberta M. istotnie krótko przed śmiercią zażyła 3 łyżeczki eteru z wyskokiem, więc zmiany przez pierwszych pp. obducentów opisane najłacniéj dałyby się tłumaczyć jako następstwo działania eteru. Brak tylko woni charakterystycznéj po otwarciu ciała nie dozwala stanowczo oświadczyć się za tym związkiem pomiędzy lekiem zadanym a zmianami w mowie będącemi.

Trudniejszą jest sprawa ze zmianami, opisanemi przez drugich pp. znawców. Tu jednak nasuwa się z konieczności przedewszystkiém pytanie: jakim sposobem żołądek opisany za świeża d. 13 maja mógł przedstawić obraz tak wskróś odmienny podczas oglądania go we dwa dni późniéj, i to tak dalece, że mogłoby się zdawać, iż drudzy pp. znawcy mieli przed sobą całkiem inny żołądek? Tego pytania, będącego bardzo wielkiéj doniosłości w przypadku sądowolekarskim, gdzie się rozchodzi o zbrodnię tak wielką, prof. F. wcale nie dotyka. Rozmotać ten węzeł, to rzecz trudna, lecz popróbować nie zaszkodzi.

D. 13 maja znajdują pp. obducenci w żołądku, i to w części wpustowéj i prawdopodobnie w okolicy dna, przekrwienie i wynaczynionki, a jako treść kilka łyżek płynu brudnego, bladawego; żołądek ten rozcięty przechowano w otwartym słoju (jak podaje autor broszury str. 16), a oglądając go po upływie co najmniéj 48 godzin drudzy pp. obducenci znaleźli jednostajne krwawe zabarwienie bł. śluzowéj, ale także błonę mięsną i surowiczą mocno przekrwione, rozpulchnione, lekko surowiczo nasiąkłe, a otrzewnę również żywo szaro-czerwoną, miejsce zaś owéj treści brudno-bladawéj zajęła miazga gęsta, brunatna, która zdawała się być rozłożoną w hematynę krwią przesączoną ze ścian żołądka. Czy opis ten nie nasuwa domysłu, że to co widzieli pp. obducenci drudzy, było tylko przeobrażeniem rozkładowém tego, co widzieli pierwsi obducenci? Wiadomo, że nigdzie krew tak prędko nie doznaje zmian a nigdzie tak prędko nie przepaca się z naczyń, jak w żołądku; a przeobrażenie się to jest tém prędszém i znaczniejszém, jeżeli w żołądku znajdują się nadto warunki w téj mierze korzystne; takim warunkiem w naszym przypadku był eter do żołądka wprowadzony, który według naszego i cudzego doświadczenia zdolny jest przeobrazić hemoglobinę w hematynę a równocześnie przyczynić się do powstania gastromalacii brunatnéj. Ztąd tłumaczą się przypadki, w których zrazu w żołądku treści krwawéj nie było, a ukazuje ona się dopiero w skutek przesiąkania barwika krwi lub przejęcia go przez treść żołądkową bardzo kwaśną lub bardzo alkaliczną. Jeżeli sobie przypominamy, że tkanki przekrwione, narażone na działanie powietrza, zabarwiają się jasno-czerwono, że w danym przypadku wszystkie warstwy żołądka były przekrwione i rozpulchnione, których to zmian ani w otruciach, ani w ostrych formach zapalenia błony śluzowéj żołądka nie znajdujemy, — musimy koniecznie obraz, jaki przedstawiał żołądek Roberty M. w d. 15 maja, uważać za zmianę pośmiertną. Wprawdzie prof. F. w broszurze swéj (str. 31) na podstawie „naocznych oględzin" stanowczo wyklucza, jakoby zmiany w żołądku i kiszkach powstały z przesiąknięcia barwikiem krwi (imbibicyi), — my zaś, jakkolwiek innym razem nie bylibyśmy wątpili o słuszności jego zapewnienia, w tym przypadku atoli, zmuszeni polegać na jego opisie, tém bardziéj obstawać musimy przy swojém zdaniu, o ile widoczna, że prof. F. sam musiał obawiać się tego zarzutu, skoro w opisie 3cim (w broszurze podanym) słowa protokółu urzędowego: „błona mięsna i surowicza są również mocno przekrwione, rozpulchnione, lekko surowiczo przesiąknięte, a zabarwienie otrzewny żywo szaro-czerwone" zmienia na „błona podśluzowa i mięsna rozpulchnione, surowiczo krwawo przesiąknięte" opuszczając resztę, jak również zmienia w tym samym kierunku opis jelit cienkich. Jeżeli zaś uderzającą jest rzeczą, co mają znaczyć w opisie 2im zmiany w błonie mięsnéj i surowiczéj, jeżeli one nie są czysto pośmiertnemi, to znów pytać się godzi, co mają znaczyć w opisie 3cim zmiany w błonie podśluzowéj i mięsnéj, skoro w otruciu sinkiem potasu (o kw. pruskim już wcale mowy niema) nietylko w błonie mięsnéj ale nawet w podśluzowéj zmian żadnych się nie napotyka! Że w obec takiego opisu rozpoznanie prawie stanowcze otrucia na podstawie samych oględzin żołądka nie było usprawiedliwioném dostatecznie i że opis ten nie jest takim, aby czytający go mógł w sprawie sądowéj rozpoznać otrucie sinkiem potasu, — na to, jestem przekonany, zgodzi się każdy oświadczony lekarz sądowy i każdy anatom patologiczny.

Powtarzam, jestto tylko z méj strony próba tłumaczenia sprzeczności między opisami; jeżeli mi się nie powiodła, nie moja w tém wina, wszak mając tylko akta przed sobą nie można odgadywać wszystkiego, co nie jest wyczerpująco opisaném.

Jeszcze słów kilka co do tłumaczenia obrazu żołądka na podstawie zastoiny. Niedawno temu widziałem w zakładzie kol. Browicza żołądek, który przedstawiał jakby najwierniejszy fotogram obrazu bł. śluzowéj podanego przez prof. F. w przypadku w mowie będącym. Ktokolwiek z kolegów żołądek ten widział w zakładzie, dopytywał się, co to za otrucie. W klinice wewnętrznéj umarła kobieta z przyczyny niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównéj, komórka lewa przedstawiała obraz przerostu odśrodkowego, m. sercowy rozpoczynającego zwyrodnienia tłuszczowego, wątroba zaś rozwijającego się przekrwienia biernego, przez badanie drobnowidowe stwierdzonego; nigdzie śladu puchliny; żołądek zawierał skąpą treść w postaci gęstego, mętnego śluzu, błona zaś śluzowa w części wpustowéj i na dnie żołądka przedstawiała się gęsto nastrzykaną, sieć żył podśluzowych bardzo widoczna a po wygładzeniu fałdów bł. śluzowéj odpowiednio do ich przebiegu nieznaczne smugi białawe jako wyraz rozpoczynającego się rozmiękczenia pośmiertnego; w części wpustowéj nadto na bł. śluzowéj znajdowały się gęsto rozsiane plamy nieregularnego kształtu ciemno-czerwone, które okazały się, jakto zazwyczaj w takich razach bywa, badane za pomocą lupy jako rozszerzone żyły włosowate. Błona ta śluzowa żołądka, który leżał na wolném powietrzu, już dnia następnego przedstawiała żywsze, jednostajne zaczerwienienie. W przypadku tym o otruciu mowy być nie mogło, gdyż chora ta znajdowała się pod ścisłą obserwacyją w klinice a używała dygitaliny jakoteż *adonis vernalis,* w czasie agonii zaś wstrzykiwano eter podskórnie. Zmiany więc opisane stanowić mogą tylko ślad rozwijającego się przekrwienia biernego, widocznego także w wątrobie, a które to zmiany po śmierci w tych właśnie częściach żołądka bardziéj się spotęgowały. Jakkolwiek w tym przypadku przyczyną główną była niedomykalność zastawek, któréj w przypadku Roberty M. nie było, to rozpoczynający okres niekompensacyi, która jeszcze dalszych następstw nie była sprowadziła, położyć musimy na równi z samoistném zwyrodnieniem serca, którego u Roberty M. wykluczyć przynajmniéj nie można. Zarzut więc uczyniony przez autora broszury, jakoby nie było podstawy do przypuszczenia zmian przekrwienia biernego, nie jest słusznym, gdyż niekoniecznie przekrwienie bierne musi być połączone ze zmianami znaczniejszemi i ogólniejszemi, jakto w późnych okresach zaburzeń w krążeniu żylném spostrzegamy.

Jestem u kresu mojéj wycieczki antikrytycznéj; jeżeli wycieczka ta była zbyt długą i czytelnika znużyła, to i dla mnie, jako polemika z kolegą poważanym, nie była przyjemną. Ale w obec wyjątkowego zdarzenia, w obec wystąpienia jednostki, choć poważnéj, z zarzutami przeciw Wydziałowi lekarskiemu, tak licznemi i ubliżającemi jego godności, zmuszony się widziałem przedstawić rzecz obszerniéj, celem odparcia niczém nie usprawiedliwionéj zaczepki. A ponieważ zaczepiający wyraża nadzieję, że po danych przezeń wyjaśnieniach Wydział przystąpi w zupełności do jego przekonania, — więc zniewolonym się widzę oświadczyć, że, co do mnie, jeżelibym miał w téj sprawie jeszcze jakąś wątpliwość, a zapewniam, że jéj nie miałem, — to obrona szan.

autora była tylko zdolną utwierdzić mnie w przekonaniu, że Roberta M. umarła śmiercią naturalną z porażenia serca. Przekonanie to moje jest tak silném, że gdyby w téj sprawie miał zdarzyć się nawet epizod podobny, jak w słynnéj sprawie wiedeńskiéj Steiner-Balloghównéj, gdyby prędzéj lub późniéj wystąpił drugi jakiś Waschauer i sam się oskarżył, że Robertę M. otruł sinkiem potasu, oświadczę stanowczo: „Akta, na których Wydział oparł swoje orzeczenie, nie przemawiają za otruciem“ i zdania tego nie odstąpię, dopóty nie wyjdą na jaw nowe fakty, za otruciem przemówić mogące. Wydział lekarski nie może liczyć się z plotkami lub ze szczegółami urzędowo nie sprawdzonemi, a tém mniéj czuje w sobie powołanie do odgadywania myśli. Wezwany do wypowiedzenia swego zdania, Wydział trzyma się zasady pretora rzymskiego: *Da mihi factum et dabo tibi jus;* czego nie ma w aktach, to dla Wydziału nie istnieje, ale też dla tego tém skwapliwiéj czuwać musi nad tém, aby w razie jakiejś kontrowersyi trzymano się bezwarunkowo aktów i od nich ani na włos nie odstępowano! Jest i druga zasada, któréj przestrzeganie należy do świętych obowiązków każdego grona orzekającego, a opiewa ona: *In dubio mitius!* Tą zasadą kierują się wszystkie Wydziały i Kolegija a na złagodzeniu przez nie orzeczeń zbyt ostrych i stanowczych zyska tylko sprawiedliwość!

V. Oceny i sprawozdania.

O pierzchnicach płaskich Wilsona. Skreślił Dr. K. Szadek, lekarz ordynujący oddziału chorób skórnych i kiłowych w szpitalu garnizonowym w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

Do przytoczonego wyżéj szeregu przypadków pozwolę sobie przyłączyć jeden przypadek spostrzegany przezemnie w klinice prof. Stukowenki w Kijowie. Opis treściwy przypadku tego zbytecznym może nie będzie przez wzgląd, iż takowy przedstawiał osobliwości niektóre tyczące się umiejscowienia, postaci i przebiegu sprawy chorobowéj.

Terencyjusz Kowal rusin, włościanin gubernii Czernyhowskiéj, lat 28 liczący, wstąpił do kliniki w lutym r. b. Rodzice chorego na żadne wyrzuty skórne nie cierpieli. Chory zaś aż do lat ośmiu był zdrów i do chwili obecnéj nie ulegał też chorobom, tylko doświadczał zwykłego bólu głowy; obrażeniom nie podlegał nigdy.

Lat temu dwadzieścia spostrzegł na ciele osutkę, o ile sobie przypomnieć może, początkowo na prawéj ręce usadowioną; wkrótce jednak wystąpiła ona i w innych okolicach odnóg górnych i dolnych, oraz na tułowiu. Osutka żadnego niepokoju choremu nie sprawiała, z wyjątkiem nieznacznego swędzenia podczas pocenia się chorego.

Badanie przedmiotowe dało wyniki następujące: chory wzrostu wysokiego, układ kostny i mięśnie prawidłowo i dobrze rozwinięte, odżywienie zadowalające, aczkolwiek podściółka tłuszczowa nie zbyt obfita. Narządy wewnętrzne zdrowe. Ze strony układu nerwowego nie spostrzeżono przy badaniu widocznych zmian. Skóra dość ciemno zabarwiona. Włosy ciemnopłowe.

Na rozmaitych okolicach skóry spostrzegamy osutkę, z plamek i guzków złożoną; plamki i guzki wymienione rozsiane lub w nieprawidłowego kształtu gromadki, blaszki oraz długie pasma ułożone. Plamy kształtu okrągłego wielokątne, barwy szaréj z ciemną obwódką i zagłębioną powierzchnią, która przytém z lekka się łuszczy. Guzki zaś płaskie, nieznacznie nad powierzchnię skóry wyniosłe; niektóre (podobnież jak i plamy) posiadają zagłębiony środek barwę guzki mają różowo szarawą, powierzchnię zaś gładką, niełuszczącą się. Najświeższe guzki rozsiane są w okolicy nadgrzebieniowéj prawéj i koło dolnego kąta prawéj łopatki. Jest tu ich niewiele i mają wejrzenie okrągłych nawpół kulistych, wielkości ziarnka konopi guziczków, suchych, matowych, niełuszczących się na powierzchni swéj. Na czole w okolicy szyjnéj, prawego obojczyka i na skórze zgięcia łokciowego prawego, pachy téjże strony, lewéj powierzchni worka moszen, w górnéj części powierzchni przedniéj uda lewego i na pośladku prawym spostrzega się osutka z drobnych okrągłych i wielokątnych matowych guzków i plamek fioletowéj barwy złożona; guzki i plamy w okolicach wymienionych rozsiane, skupiają się w wielu miejscach tworząc różnéj wielkości i kształtu rozmaitego gromadki, w których pierwiastków osutki rozróżnić nie trudno; miejscami zaś układają się w większe blaszki i nieprzerwane powierzchnie, przybierające kształt najrozmaitszych deseni, różyczek i innych postaci. Wymienione blaszki i przestrzenie na powierzchni swéj przedstawiają gdzie niegdzie uwarstwienie drobnéj szarawobiałéj suchéj łuski, cokolwiek do mączki podobnéj.

Na skórze w okolicy lewego guza czołowego usadowiona jest smuga podłużna, na cal długa, ukośnie z góry na dół dążąca, z powierzchnią suchą szarofioletowéj barwy cokolwiek zagłębioną.

Na skórze ramienia prawego daje się zauważyć smuga podłużna prawie równolegle w stosunku do osi odnogi usadowiona. Smuga ta rozpoczyna się w okolicy naramiennéj i dąży ku dołowi w kierunku linii środkowéj powierzchni zgięcia ramienia prawego, szeroka u góry na pół cala. Smuga ta zwęża się cokolwiek ku dołowi i zakończa się nieco niżéj od miejsca przyczepu mięśnia trójkątnego do grzebienia kości ramieniowéj. Smuga ta barwy szarofioletowéj, ściśle jest odgraniczoną od sąsiedniéj zdrowéj skóry brzegiem wijącym się zygzakami zaokrąglonemi cokolwiek podobnemi do rysunku brzegów lądu, jaki zwykle widzimy na mapach jeograficznych. Powierzchnia pasma jest suchą i niby mąką obsypana, a to w skutek nagromadzenia się drobnéj białawoszaréj łuski. Już z kształtu brzegów omawianego pasma wnioskować należy o powstaniu jego w skutek złączenia i zespolenia się licznych guzków, co się jeszcze bardziéj potwierdza przez napotykanie na sąsiedniéj niedotkniętéj skórze rozsianych lub w kępki zgromadzonych guzków i szarych wklęsłych plamek. Pasmo miejscami się przerywa i tam bywa zastąpionym przez gromadki guzków i plamek, połączonych w małe kształtu nieregularnego blaszki (*plaques).* Z ramienia pasmo to przechodzi na powierzchnię wewnętrzną przedramienia, po którego stronie przegubowéj ciągnie się od góry ku dołowi. Pasmo składa się z rozmaitéj wielkości i kształtu kępek i gromad, powstałych z połączenia guzków i plamek; wązkie z początku pasmo na przedramieniu usadowione rozszerza się nieco niżéj środka przedramienia i przenosi się z linii środkowéj na stronę sprychową jego. W tém miejscu spostrzegają się dwie większe blaszki kształtu nieprawidłowego, obok których w około rozrzucone pojedyńcze i w mniejsze gromadki zebrane guzki płaskie napotyka się. Ciąg dalszy osutki u dołu przedramienia stanowi pasmo, dążące ku dołowi po stronie sprychowéj dłoni i palucha prawego. Pasmo to na cztery linije szerokie, a długie na trzy cale,

ma wejrzenie chropowatéj szarawobiałéj wyniosłości na skórze z powierzchnią, pokrytą grubą warstwą zrogowaciałego gdzie niegdzie przyskórka.

Skóra dłoni prawéj i grzbietu prawéj stopy przedstawia rozsiane pojedyncze guzki, twarde a suche, wielkości ziarnka prosa, guzki te są przykryte grubą warstwą przyskórka.

Na skórze lewego uda spostrzegamy téż pasmo podobne do usadowionego na odnodze górnéj; nie jest ono wszakże jednolitém lecz przerywając się w wielu miejscach, zastąpionem jest tamże przez gromadki guzków i nieprawidłowe jednolite blaszki. Pasmo to rozpoczyna się na powierzchni przedniéj uda, w tém miejscu, gdzie górna jego część ze średnią schodzą się, kieruje się do góry i na zewnątrz, poczém otacza udo w okolicy krętacza i kończy się w okolicy górnéj lewego pośladka, gdzie spostrzegamy nieprawidłowo ukształtowaną gromadkę, z plam i guzków złożoną. W okolicy lędźwiowéj lewéj spostrzegamy też gromadkę płaskich guzków, w kształcie sierpu ułożoną i stroną wklęsłą na zewnątrz nieco zwróconą. Poniżéj od téj wysypki widzimy nieregularnie owalną, jednolitą blaszkę, w poprzecznéj średnicy mającą $1\frac{1}{2}$ cala, w podłużnéj $\frac{1}{2}$ cala. Na skórze okolicy lewego krzyża, jako też z lewéj strony grzbietu i brzucha skupioną jest wielka ilość drobnych gromadek i plam kształtu rozmaitego, brzegi tych kępek i plam wszędzie są nieco zaokrąglone, regularnemi jednak nie są; pomiędzy niemi, oraz na ich obwodzie rozszerzone płaskie guzki i zagłębione plamki pojedyncze lub w drobne gromadki skupione. (C. d. n.)

Rühle (Bonn): **Jakie higijeniczne zarządzenia wynikają z nowych badań nad gruźlicą?**

(Treść wykładu mianego w dolnoreńskiém Stowarzyszeniu dla higijeny publicznéj).

R. przypomina to, co powiedział jako sprawozdawca w sprawie gruźlicy na drugim Zjeździe klinicystów wewnętrznych w Wiesbadenie, iż dużo jeszcze wody upłynie, zanim przejmiemy się odkryciem Kocha, zanim nauczymy się wyprowadzać z niego przyczyny, objawy i leczenie gruźlicy. Rychło wprawdzie po wszelkich odkryciach pojawiają się hipotezy na nich oparte, ale nie o nie idzie, ale o prawdę, a do niéj dotrzeć trudniéj. I co do zapatrywań na gruźlicę jako chorobę zakaźną w skutek prątków Kocha, zanim dotrzemy do prawdy, wiele zapewne jeszcze błądzić będziemy, gdy zaś idzie o ważne zarządzenia, to one na ugruntowaném doświadczeniu opierać się winny a doświadczenia takiego brak nam jeszcze. Na pytanie zatém co do zarządzeń wynikających z nowszych badań nad gruźlicą stanowczéj odpowiedzi dać nie można, w szczególności brak nam podstaw do zarządzeń policyjno-lekarskich, podać zaś można jedynie wskazówki do zarządzeń więcéj natury prywatnéj.

Przy zarządzeniach liczyć się nam wypada z jednéj strony z niezwykłém rozszerzeniem się przyrzutu w ustroju ludzkim i zwierząt ciepłokrwistych, oraz z od dawna uznawaną dziedzicznością,—a z drugiéj strony z przeszczepianiem grzybka gruźliczego. — Podstawę nowszych zapatrywań stanowi pojęcie o wnikaniu grzybka swoistego i rozwój tegoż, jak również zdanie, że wszystkie okoliczności, które od wieków za przyczynę suchot poczytywano, stanowią, co najwyżéj, momenta usposobiające do usadowienia się i rozwoju grzybka, które jednak bez przystępu grzybka nigdy gruźlicy wytworzyć nie są w stanie.

Z możności szczepienia wynika atoli jeszcze jedno, a mianowicie usposobienie do przyjęcia się zaszczepionego przyrzutu, konieczność trafienia na grunt przyjazny, bez którego nawet wniknięcie grzybka choroby wywołać nie zdoła.

Obok dwu punktów głównych, wniknięcia grzybka i odpowiedniego gruntu do jego rozwoju, jako trzeci ogólny punkt przytoczyć wypada dziedziczność. Czy polega ona na przejściu grzybka, czy też sprzyjających rozwojowi jego warunków lub na obu tych okolicznościach, nie wiemy, ale ogólnie przyjętém jest mniemanie o dziedziczności suchot, które tém mniéj pomijać można, że z niego wyprowadzać się dają praktycznie ważne wnioski. Chcąc coś przedsiębrać przeciw gruźlicy przedewszystkiem poznać wypada, gdzie tkwią grzybki, któremi drogami wnikają do ustroju ludzkiego, jakie okoliczności rozwojowi ich sprzyjają a w jakich grzybki się nie udają?

W tym względzie wiemy najpierw, że grzybki tkwią w samych gruzełkach oraz w wytworach ich, a więc w gruźlicą dotkniętych ludziach i zwierzętach, i że dostają się na zewnątrz z wszelkiego rodzaju wydzielinami, szczególniéj przy kaszlu ludzi dotkniętych chorobą płuc. Pewném jest również, że grzybki takie poza ustrojem w zupełnie nawet zasuszonym stanie długi czas, nawet miesiące, zachowują skuteczność i zaszczepione gruźlicę wywołać są w stanie. Na pytanie, w jaki sposób grzybki u chorych osób i zwierząt dostają się do otoczenia, wyczerpującéj odpowiedzi dać nie można. Mogą one być zawarte w napozór nieznacznéj wydzielinie ropnéj z ucha, chorego gruczołu, kości, chorego miejsca na skórze i udzielić się wszystkiemu, z czém się zetkną i zostać daléj zawleczone. Co do gruźlicy zwierząt, to na uwagę zasługuje w tym względzie tak rozpowszechniona i w początkach trudna do rozpoznania perlica. Istotę jéj stanowi także grzybek gruzełkowy, który w ten sposób również szerzyć się może. Najbliższą w tym razie drogę stanowi mleko, co do którego doświadczeniami wykazano, że używanie mleka ze zwierząt perlicą dotkniętych u innych zwierząt gruźlicę wywołać zdoła. Czy i mięso jest szkodliwém, pozostaje do rozstrzygnięcia, na wszelki przypadek z przebywaniem przy takich zwierzętach i rozszerzaniem ich części składowych połączone jest niebezpieczeństwo przeniesienia. I wśród kur jest gruźlica bardzo rozpowszechnioną i od nich udzielić się też może ludziom.

Do jakiego stopnia przedmioty, które się z chorymi ludźmi i zwierzętami stykały przejść mogą przyrzutem i stać się źródłem przeniesienia na inne osobniki, dokładnie nie wykazano, ale możliwości zaprzeczyć nie można, że suknie, bielizna (chustki do nosa), łóżka, meble, dywany itp. kryją grzybki gruźlicze i wydawać je mogą. — Ponieważ gruźlica należy do najstarszych chorób rodzaju ludzkiego i rozszerzoną jest na całéj powierzchni, trudno określić gdzie wszędzie przyrzut znajdować się może i zkąd do ustroju ludzkiego wniknąć może. Na pytanie zatém, gdzie znajduje się grzybek gruźliczy? niedokładną tylko odpowiedź dać można.

(Dokończenie nastąpi).

Bougier: **Czy można rozpoznać śmierć przez zanurzenie?**

(Paris. Librairie Ollier Henry 8o p. 155.).

Taki tytuł nosi rozprawa inaug. Bougiera, napisana na podstawie spostrzeżeń z paryskiéj *morgue*, z inicyjatywy proff. Brouardela i Viberta. Kwestyja nierozstrzygnięta, czy można odróżnić zwłoki po śmierci zanurzone w wodzie od zwłok człowieka, który w wodzie śmierć znalazł z utopienia, zajmuje autora i na pytanie to odpowiada autor twierdząco — wyłączając tylko pewne przypadki, w któ-

rych nastała znaczna zgnilizna. W historycznéj części pracy swéj zestawia B. zapatrywania na tę kwestyję prawie wszystkich autorów francuskich i wielu obcych, między innymi Hofmanna, Limana, Belohradskyego i Lessera, ostréj krytyce poddaje zapatrywania ostatniego, wykazując sprzeczność zapatrywań L. z zapatrywaniami wszystkich innych autorów a wreszcie przytacza dosłownie listy najsławniejszych autorów obecnie żyjących, które otrzymał jako odpowiedzi na listowne zapytania swoje co do kwestyi w mowie będącéj: sposób mniéj dotąd używany jakkolwiek odpowiedni w rozprawach naukowych, gdyż niejeden autor zmienia z czasem zapatrywania swoje na pewne kwestyje lub je uzupełnia na podstawie doświadczeń podejmowanych po ukazaniu się odnośnéj pierwotnéj swéj pracy. Pięć pytań zadaje sobie autor i usiłuje z doświadczeń swoich wysnuć odpowiedzi na takowe, a mianowicie: 1) czy wejrzenie zewnętrzne zwłok utopionych różni się od wejrzenia zanurzonych po śmierci? 2) Czy woda i ciała obce dochodzą u jednych lub drugich do krtani, tchawicy, oskrzel nawet odległych, do żołądka i ucha środkowego? 3) Czy na jednych lub drugich zwłokach widzi się pianę wydobywającą się z ust? 4) Czy jest u jednych lub drugich jaka różnica w płynności krwi, wreszcie 5) Czy są cechy na podstawie których możnaby nie wątpliwie rozpoznać śmierć z utonięcia na zwłokach świeżych lub zgniłych? Doświadczenie autora obejmuje spostrzeżenia uczynione na 27 trupach, z tych jednak poddano sekcyi 15 u reszty ograniczono się jedynie do oględzin zewnętrznych i zbadania ucha środkowego. Doświadczalnie dochodził B. na 16 psach topionych i wydobywanych z wody po upływie dnia jednego lub 6, oraz czyniąc doświadczenia kontrolujące na 23 zwłokach osób zmarłych z różnych przyczyn, które zanurzył na kilka godzin w rozczynie 15 grm. fuksyny w 300 litrach wody lub w rozczynie 360 grm. jodku potasu na 350 litrów wody. Po zanurzeniu zwłok w ostatnim rozczynie badał B. kawałki płuc, treść oskrzel i treść żołądka chemicznie, parując wyciąg wodny z kawałków płuc lub treść żołądka, paląc części organiczne i wykazując jod za dodaniem wody chlorowéj i chloroformu, postępowanie uciążliwe, które przecież tak łatwo zastąpić powszechnie używanym rozczynem żelasinku potasu i soli żelazowéj, użytym przez autora w kilku ostatnich doświadczeniach z takim samym rezultatem. Trudno nam się zapuszczać w rozbiór lub nawet streszczenie tych doświadczeń z osobna, ograniczamy się więc do zestawienia krótkiego *resumé* tych dochodzeń, zwracając uwagę, że zawiera ono niektóre szczegóły powszechnie znane. 1) Wejrzenie zewnętrzne utopionych bywa prawie takie same jak zwłok zanurzonych, a jedynie pojawianie się piany charakterystycznéj może mieć znaczenie dyjagnostyczne. B. twierdzi, że piany kształtu charakterystycznego (*champignon de mousse*), drobnobańkowéj, białéj lub różowawéj nie spostrzegał nigdy naokoło ust lub nosa zwłok zanurzanych po śmierci, widział ją jednak czasem, jakkolwiek nie zawsze, na ustach ludzi zmarłych z utonięcia. Niestety widać, zdaniem B., pianę charakterystyczną tylko, dopóki zwłoki są świeże i to tylko przez czas krótki. Skoro tylko zgnilizna pojawi się, widać również pianę lecz już grubobańkową i w skutek tego jeszcze łatwiéj znikającą. 2) Woda i ciała obce dostają się do pierwszych dróg oddechowych obu rodzajów zwłok, lecz gdy u utopionych po śmierci woda i ciała obce dostają się tylko do oskrzel 5go lub 6go rzędu, będąc powstrzymywanemi w dalszym pochodzie przez zgęszczone powietrze, to u zmarłych z utonięcia dochodzą one aż do oskrzel najdrobniejszych. 3) U utonionych nagłośnia ustawiona jest prostopadle, wejście do krtani zupełnie otwarte, u zwłok zanurzanych, dostęp do krtani tylko w połowie jest możliwy. 4) U pierwszych dostaje się woda w większéj ilości do żołądka, co nie następuje nigdy u zwłok zanurzanych, a przekonać się można o têm porównywając płyny wydobyte z oskrzel i żołądka. 5) Toż samo ma miejsce w uchu środkowém, do którego dostaje się woda tylko u ludzi ginących z utopienia. 6) W obec spostrzeżenia, że krew płynną napotyka się oprócz przypadków śmierci z utonięcia, jeszcze w pewnych otruciach gazami szkodliwemi lub makowcem, można za pomocą rozbioru chemicznego lub spektralnie rozpoznać przyczynę śmierci. Widocznie autor nie wie, co obecnie wszyscy inni sądzą o płynności krwi w świeżych zwłokach i kiedy się napotyka ten objaw, gdyż przytacza tylko śmierć z utopienia, otrucia gazami szkodliwemi (jakiemi?) i makowcem, jakby krwi płynnéj nie widywano także i w innych rodzajach śmierci. 7) W obec zgnilizny wszystkie te znamiona stają się niewyraźnemi, lekarz sądowy może jedynie z prawdopodobieństwem orzec, zwłaszcza gdy w skutek zgnilizny jamy surowicze, oskrzelowe i jamy bębenkowe są wypełnione czerwonawą przesączyną gnilną.

Po przeczytaniu téj rozprawy nabiera się wrażenia, jakoby autor nie wiele troszczył się o inne rodzaje śmierci gwałtownéj a z prac autorów niemieckich wiedział tylko o têm, co ma bezpośredni związek z kwestyją, którą się zajmuje. Pomimo tych braków przedstawia B. w téj pracy kilka szczegółów zajmujących, których dotąd nie uwzględniano a naszém zadaniem będzie poddać krytyce jego nowe spostrzeżenia w miarę zdarzającéj się sposobności. *Dr. Schatter.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω. Pavoy (prymaryjusz szpitala powszechnego w Preszburgu) ogłosił wyczerpującą pracę **o działaniu taliny**, któréj wyniki dają się ująć w następujących punktach: 1) Talina, niebędąca w żadnéj chorobie lekiem swoistym, jest już w małéj dawce znakomitem antipyreticum. 0·25—0·75 ctgrm. wystarczają, aby wysoką ciepłotę obniżyć o 1—4°C. 2) Obniżenie ciepłoty występuje już w $^1/_2$ do 2 godzin po użyciu taliny i trwa od 2—4, rzadko do 8 godzin. Ciepłota po upływie tego czasu szybko się podnosi i podnoszeniu temu zwykle, lecz nie zawsze, towarzyszą dreszcze. 3) Ciepłota ostateczna, jaka nastaje po tych dreszczach, dochodzi zwykle wyższego punktu, niż to miało miejsce przed podaniem taliny. 4) Talina nie ma żadnego widocznego wpływu, ani na tętno, ani na oddychanie. 5) Wydzielanie potu jest zawsze i to zwykle bardzo mocno zwiększone. 6) Talina nie sprawia ani nudności, ani wymiotów, ani zawrotu, ani bólów żołądka, ani szumu w uszach, lecz za to dość często opad sił i sinicę. 7) Talina podskórnie wstrzyknięta, działa silniéj i szybciéj niż *per os* podana. 8) Talina ma nad kairyną tę wyższość, że nieposiadając wszystkich z licznych jéj ujemnych stron, działa pewniéj, chyżéj i działanie jéj trwa dłużéj. 9) Talina nie wywiera żadnego wpływu na przebieg chorób ostrych zakaźnych. 10) Talinę należy podawać we wszystkich tych ostrych chorobach, w których wysoka ciepłota bezpośrednio grozi życiu. Najlepiéj stósować ją podskórnie. 11) U ludzi źle odżywionych trzeba być z taliną ostrożnym i nie podawać jéj więcéj nad 0·20—0·25 ctgrm., *pro dosi.* 12) Poty wywołane taliną można usunąć przez równoczesne podanie atropinu. 13) Talina nie ma żadnego działania niszczącego ciałka czerwone krwi. Autor tłumaczy działanie taliny wpływem jéj na ośrodki ciepłotę regulujące. Czy jednak obniżające ciepłotę

działanie taliny polega na zmniejszeniu wydzielania ciepła, czy też na zwiększeniu jego promieniowania, nie da sie jeszcze rozstrzygnąć. Prof. Korányi robi w tym kierunku doświadczenia za pomocą odpowiedniego przyrządu termo-elektrycznego. (*Wien. med. Wochenschr.* 1885 N. 50.).

Ω. Bauduy podaje, że podobnie do morfinizmu rozwija się także skutkiem dłuższego używania kokainu **kokainizm**. Autor widział w Nowym Yorku już więcéj takich przypadków i uważa za obowiązek ostrzedz o tém. Kokainizm ma być jeszcze trudniejszym do usunięcia niż morfinizm. (*Annales med. chir.*, 1885).

Ω Harisson poleca następującą **metodę leczniczą w Herpes tonsurans capitis**. Przez dni kilka zmywa się głowę, krótko z włosów obstrzyżoną, słabym roczczynem jodku potasu. Następnie naciera się skórę głowy rozczynem sublimatu w kwasie azotowym (3 gramy $HgCl_2$ na jednę uncyję NO_3H). Działanie tego leczenia polega na wytworzeniu się koło nasady cebulki włosowéj mocno antyseptycznego jodku rtęciowego. Ponieważ NO_3H zabarwia włosy na brunatno, można je po skończeniu leczenia zgolić. Cały czas leczenia wymaga 50 dni. (*Annales méd. chirg.* 1885, Nr. 9).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

V zwyczajne naukowe posiedzenie dnia 2 maja 1885 r.
Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 19.

Przewodniczący zawiadamia, że otrzymał odezwę od Komitetu obywatelskiego, zapraszającą członków Sekcyi Tow. lek. gal. do wzięcia udziału w składce na pomnik dla śp. kol. Dra Żulińskiego, zachęca więc kolegów do przyczynienia się składkami.

1) Z porządku dziennego następuje demonstracyja i objaśnienie przyrządu Limousina, do wywiązywania tlenu i zastósowania tegoż do wziewań przez kol. Dra Widmanna. Przyrząd Limousina, który sprowadził kol. Widmann dla szpitala za zezwoleniem i na koszt Wydziału krajowego, kosztuje 130 franków. Kol. W. demonstruje i objaśnia cały aparat, sposób wywiązania tlenu, sposób wziewania tegoż, i zwróciwszy uwagę na ostrożności, jakie z własnego doświadczenia przy używaniu przyrządu zauważył, podaje, że pierwszym we Lwowie, który stósował wziewania tlenu, był kol. Jasiński. Kol. W. nadmienia przy sposobności, że od czasu odkrycia tlenu przez Priestleya, około połowy zeszłego wieku, zalecał Priestley sam, a za nim cały szereg lekarzy, wziewania tlenu w chorobach piersiowych, w niedokrewności i wielu innych chorobach. W nowszych czasach Demarquay i Lender podnieśli wziewania tlenu znowu i zalecali takowe przy braku tlenu w krwi, lub w celu przyspieszenia i zwiększenia wydzielania kwasu węglowego, lub wreszcie w celu zmniejszenia wrażliwości systemu nerwowego. Kol. W. zastósował wziewania tlenu u chorego z wadą serca, a właściwie z tętniakiem, gdzie było takie przekrwienie mózgu, że chory był nieprzytomny. Prelegent nadmienia o tém umyślnie, bo w dziele Limousina o inhalacyjach tlenu jest właściwie przytoczone, aby tychże nie używać przy wadach serca, a prelegent właśnie z teoretycznego wychodząc stanowiska, zastósował przy wadzie serca i to z jak najlepszym skutkiem. Kol. W. doświadczył sam na sobie, że gdy był znużonym i wdychiwał tlen, czuł się rzeźwiejszym. Poleca więc zastósować wdychiwania tlenu przy osłabieniach, daléj w asfiksyi, zaczadzeniu itp. daléj w stanach, gdzie ukwaszanie ma być zmniejszone.

Kol. Różański dziwi się, że dotąd nie czytał, ażeby zalecano wziewania tlenu w gośćcu, gdzie ukwaszanie także nie jest dostateczne. Kol. W. oświadcza, że aczkolwiek chemiczna literatura tlenu jest obfita, to pod względem patologicznym nie wiele o nim napisano. Zebrawszy więc wskazania co do chorób, uważa prelegent używanie wziewań tlenu z teoretycznego stanowiska przeciw tym chorobom, w których utlenianie jest upośledzone, gdzie więc krew żylna przeważa, za usprawiedliwione, a więc 1) przy wadach serca, gdzie wielka sinica, 2) w chorobach, jak *m. Brighti*, *Diabet. mellit.*, 3) może w *arthritis urica*, 4) w katarach żołądka przy bardzo kwaśnym moczu, 5) u ludzi biedniejszych, którzy nie mogą jechać na świeże powietrze. Kol. Szpilman zwraca uwagę, że okazanego przyrządu Limousina nie można nazwać inhalatorem w ścisłém znaczeniu tego słowa, ludzie tu bowiem wziewają tlen do płuc nie przez nos, lecz przez usta za pomocą trestki, niejako palą go z nargili, a tém samém dostaje się do płuc tlen zmięszany z powietrzem i bardzo rozcieńczony. I z tego już względu nie można się wiele od niniejszego przyrządu spodziewać. Nadto istnieją jeszcze inne względy, które nie bardzo zachęcają do używania tego przyrządu, a mianowicie zapatrywania fizyologów na tę kwestyję. Z fizyologii wiadomo, że człowiek dorosły zużywa na dobę około 746grm. tlenu. Z tego przypada na krew tętniczą średnio około 16·9% tlenu co do objętości, a na krew żylną około 6%. Tlen dostaje się w płucach do krwi przeważnie na drodze chemicznéj, łącząc się z hemoglobiną, a ilość tlenu, która może być w płucach pochłoniętą, zależy głównie od ilości hemoglobiny, im więc krew bogatsza w hemoglobinę, tém więcéj może nasycić się tlenem; i w zwykłych warunkach krew tętnicza jest prawie nasycona tlenem (zawiera przeszło $^9/_{10}$ części). Że na większą zawartość tlenu nawet ciśnienie, pod którém ten gaz znajduje się, nic nie wpływa, wynika z doświadczeń L. Meyera, który wykazał, że ilość tlenu przez krew pochłoniętego pozostaje jednakową przy znacznych nawet różnicach ciśnienia, np. jedna objętość krwi pozbawiona gazu przy 21°C., pochłania 0·092—0·095 objętości tlenu czystego, pomimo że ciśnienie wahało się od 500—800mm. Wiadomo także, że zwierzę w zamkniętéj przestrzeni pochłania wszystek tlen, pomimo że w tym przypadku w miarę ubywania tlenu ciśnienie dla tego gazu zmniejsza się. Ustrój ciała zwierzęcego zdolny jest tak w najwyższych górach, jak i w zbyt nisko położonych miejscowościach, mimo różnicy w ciśnieniu, tę samą ilość tlenu pochłonąć, jeżeli tylko ilość hemoglobiny nie uległa zmianie. Z tego wynika, że ani przez podwyższenie ciśnienia w przyrządach pneumatycznych np. Waldenburga, jak i przez oddechanie zgęszczoném powietrzem, czystym tlenem lub ozonem, nie jesteśmy w stanie ilości tlenu we krwi zwiększyć. Z doświadczeń Regnaulta i Reiseta wynika jeszcze, że zwierzęta ciepłokrwiste przy oddechaniu czystym tlenem nie przyjmują większéj ilości tlenu i nie wydzielają większéj ilości kw. węglowego, aniżeli w powietrzu zwyczajném. Te same wyniki otrzymał P. Bert przy doświadczeniach swoich ze zgęszczoném powietrzem. Nawet w bezdechu ilość tlenu we krwi nie zmienia się, lub tylko bardzo mało (o 0·1%). Z wyłuszczonych tu powodów wziewania tlenu czystego, pomimo tego, że od dawien dawna zalecane w miarę poznania roli tlenu w ustroju i dróg, jakiemi się do krwi dostaje, nie zdobyły sobie znaczenia i słusznie, fizyologija bowiem nie może nam wyjaśnić, w jaki sposób mogłyby wdechania czystym tlenem i w jakich chorobach działać skuteczniéj niż zwykłe powietrze. Co do zastosowania leczniczego, to można powiedzieć, że wdechania czystém powietrzem, mogą nam oddać tę samą usługę, a wziewania tlenu w ten sposób tylko bardzo nieznaczne mogą przynieść korzyści np. w duszności z różnych przyczyn pochodzącéj, względnie przeładowaniu krwi kw. węglowym i wystąpieniu wyższego stopnia sinicy. Ale i pod tym względem zdania autorów są sprzeczne. Zdaje się jednak, że krew uboga w tlen, np. w duszności, w chorobach organicznych płuc, mogłaby większą ilość tlenu pochłonąć, ale wdechania te nie usuną przyczyny zastoju krwi. Chwilowa ulga jest możebną w innych przypadkach, w których prelegent radzi stosować wdechanie tlenu, nie może kol. Szpilman zgodzić się z prelegentem, gdyż działanie skuteczne nie jest tu wcale udowodnioném, a co do asfiksyi np. przy chloroformowaniu, sądzi, że oddechanie sztuczne jest najważniejszém. Z tych i wyżéj wymienionych powodów nie rokuje kol. Sz., owemu przyrządowi żadnéj przyszłości i zastosowanie tego aparatu, zdaniem jego, będzie bardzo ograniczoném. — Kol. Widmann w odpowiedzi oświadcza, że nadzwyczajnych wyników z wdechiwań tlenu nie spodziewa się, zwraca jednak uwagę, że niejedna już rzecz przedstawiająca się nader korzystnie ze stanowiska teoretycznego, okazała się niekorzystną przy łóżku chorego i zawiodła pokładane w niéj nadzieje w zupełności, a nieraz znowu dzieje się wręcz przeciwnie. Np. ze stanowiska

teoretyczno-fizyjologicznego spodziewano się bardzo wiele od aparatów Waldenburga a nawet rozpowszechniły się wszędzie, a w krótkim czasie znikły zupełnie z widowni, zawiódłszy oczekiwania i teraz tylko jako zabytki prędko przebrzmiałéj sławy stoją na pamiątkę po muzeach lub zbiorach. Co do wziewań tlenu zaś, to ponieważ te przyniosłszy choremu ulgę wielką, a więc przy łóżku chorego w nader ciężkim przypadku okazały się nader korzystnemi, poleca takowe kolegom do stosowania i zbierania doświadczeń pod tym względem, aby można orzec o nich na mocy doświadczeń coś pewniejszego.— Kol. Laskiewicz zapytuje, czy prelegent nie sądziłby za stosowne i pożyteczne polecić wziewania tlenu w zadumie osłupnéj, na co prelegent radzi, żeby kol. Laskiewicz spróbował w zakładzie kulparkowskim wziewań i podzielił się potém zebranemi doświadczeniami z kolegami. — Kol. Merczyński przypomina, że w szpitalu św. Zofii wywiązywano nawet ozon, aby oczyścić powietrze w uzupełnieniu niedostatecznéj wentylacyi, ale to nic nie pomagało, zapytuje więc, czy tlen nie byłby pożytecznym. — Kol. Laskiewicz oświadcza, że widział gdzieś lampkę wentylacyjną Jaegera w szpitalach za granicą, aby uzupełnić wentylacyję i oczyścić powietrze, lecz urządzenie téj lampki trzyma wynalazca w tajemnicy, na co kol. Pawlikowski odpowiada, że w lampce téj pali się terpentyna ze spirytusem i odświeża powietrze w miejscach nie dobrze wentylowanych. Wiadomo bowiem, że olejek terpentynowy itp. ulatniając się, oddają tlen i zamieniają go nawet w ozon i w ten sposób odświeżają powietrze. Kol. Widmann przypomina, że wiadomo, iż tlen orzeźwia organizm ludzki i zwierzęcy, sam zresztą doświadczył tego na sobie, i raz tylko, gdy tlen nie był należycie oczyszczony, dostał po wdychiwaniach odbijania. Kol. Wiktor odpowiada jeszcze dodatkowo kol. Szpilmanowi, że istotnie w zwykłych warunkach obejmuje krew tętnicza tylko około 17% objętości tlenu, a krew żylna około 6% i że więcéj objąć nie może *(Eupnöe)*. Jeżeli jednak nastąpią warunki niezwykłe i z jakichkolwiekbądź powodów wystąpi bezdech, duszność lub zamartwica, sinica itp., to nie dostaje tedy krwi tlenu do owych 17% objętości, może nastąpić równocześnie większe lub mniejsze przeładowanie krwi kw. węglowym z innych powodów, bo brak tlenu we krwi sam nie wpływa na zwiększenie lub zmniejszenie wydzielania kw. węglowego, daléj ciśnienie krwi wzmaga się, doprowadzenie więc wtedy tlenu do krwi za pomocą wziewań powinno być skutecznem, bo wtedy mniéj lub więcéj tlenu krew szybko pochłonie, aż się mniéj lub więcéj należyta ilość tlenu we krwi nagromadzi i sprawa ukwaszania się w ciele wyrówna, jak to zresztą po części kol. Szpilman sam przyznaje. Również zauważa kol. Wiktor, że większe lub mniejsze ciśnienie, nie może być obojętném dla sprawy chłonienia tlenu przez krew, wiadomo bowiem, że w skutek zmniejszenia ciśnienia powietrza, a więc i zmniejszenia napięcia tlenu, jak się to np. przy wznoszeniu w wysokie warstwy powietrza balonem lub na wysokie góry dzieje, nie może być z każdym wdechem ta sama (normalna) ilość tlenu do krwi doprowadzoną, i występuje duszność, przyznać jednak należy, że się można do tych warunków przyzwyczaić. — Kol. Szpilman zgadzając się z wywodami kol. Wiktora, nadmienia, że w takich warunkach nie trzeba koniecznie szukać tlenu do wziewań, bo zwykłe powietrze na to zupełnie wystarcza. Tak samo sądzi, że zamiast używać tlenu do czyszczenia powietrza sal chorych przy niedokładnéj wentylacyi, więcéj zdziała wprowadzenie powietrza drzwiami lub oknami, gdy się je otworzy. Co do lampek nadmienia, że olej terpentynowy i niektóre olejki eteryczne istotnie odświeżają nieco powietrze w ten sposób, że pod działaniem światła chciwie przyciągają tlen i zamieniają go na ozon, który, jak to w swoim czasie przekonał się kol. Szp., zabija bakteryje gnilne, wstrzymuje ich ruch itd. a po części działa ozon w ten sposób, że utlenia produkty rozkładowe, powstałe przy gniciu i zanieczyszczające powietrze, zamieniając je na inne, mniéj dla zdrowia szkodliwe. — Kol. Prezes zwraca jeszcze uwagę na doświadczenia dokonane w pracowni prof. Ludwiga z nerkami psiemi. Nerki wycięto a ilość mocznika we krwi nerek nawet zwiększyła się, mimo że tlen do krwi wtedy już się nie dostawał przez płuca, nie sądzi więc, aby wziewania tlenu w *arthritis urica* mogły wpłynąć na zwiększenie wydzielania mocznika.

Dr. Wiktor.

Sprawozdanie z posiedzenia Członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk poznańskiego z dnia 6 listopada 1885.

Obecni koledzy: Świderski przewodniczący, Zielewicz, Kapuściński, Koszutski, Koehler, Święcicki, Jerzykowski i sekretarz.

Kol. Koszutski podaje, iż spotyka się obecnie ze zimnicą, różnemi chorobami gardła a mianowicie dyfteryją, a nie rzadko także i z różą i to w postaci wędrującéj. — Kol. Zielewicza uderzyło nader częste pojawianie się téj choroby na chirurgicznym oddziale Zakładu Sióstr Miłosierdzia, a mianowicie w postaci róży tkanki łącznéj (*erysipelas phlegmonosum*) i przytacza przypadek, gdzie mimo zupełnie prawidłowo wykonanéj operacyi wytworzenia wargi powstała róża na nodze, która wymagała licznych nakłóć. — Kol. Wicherkiewicz zauważył w zeszłym roku, że chorzy umieszczeni w większéj sali drugiego piętra jego zakładu ocznego, dostawali róży i to tacy częstokroć, u których żadnéj poprzednio nie wykonano operacyi. Salę więc tę przed półrokiem wypróżniwszy, kazał sposobem Koeniga wykadzić za pomocą sublimatu a następnie siarki, a od tego czasu nowe przypadki nie pojawiły się. — Kol. Koszutski widząc w r. 1864 w Wiedniu zastósowany przeciw téj chorobie lód, chciał równie postępować, nie mógł jednak sposobu tego dla uprzedzenia publiczności w dostatecznych rozmiarach przeprowadzić. Następnie wspomina o sposobach leczenia, któremi się kieruje, podnosząc, że tam, gdzie już chory różę raz przebył, stosuje środki dawniéj już przez pacyjenta ze skutkiem używane, najczęściéj posypuje octanem ołowiu, albo téż wstrzykuje podskórnie karbol. — Kol. Zielewicz nadmienia, iż przez Febleisena stwierdzoném zostało, że różę wywolują mikroby, dla tego téż endermatyczne leczenie, a mianowicie zastrzykiwanie podskórne, zupełnie jest na czasie. — Kol. Koehler sądzi, iż z choremi trzeba walczyć, na lód się nie zgadzają a mniéj jeszcze przystają na zastrzykiwania, to téż ucieka się do łagodniejszego środka, a jest nim mięszanina z kwasu karbolowego z terpentyną w stosunku 1:25, którą pociera miejsca dotknięte różą. — Kol. Jerzykowski pędzluje kwasem karbolowym i nie widział ani jednego przypadku śmierci. — Kol. Wicherkiewicz posypuje na miejsce dotknięte różą jodoform sproszkowany, a następnie pokrywa grubą warstwą waty; w róży wędrującéj pędzluje aż po za granicę róży kleiną jodoformową albo téż eterem jodoformowym, a następnie także watą pokrywa miejsce dotknięte. Tego samego sposobu używa także kol. Kapuściński, który próbował dawniéj balsamu peruwiańskiego z oliwą, ale z mniéj korzystnym skutkiem.

Kol. Świderski miał odczyt „o cukrzycy". Po krótkim historycznym wstępie omawia kazuistykę z wieloletniéj swéj praktyki przyrzekając naukową część wykładu wygłosić na następném posiedzeniu.

Kol. Wicherkiewicz rozwodzi się nad chorobami oka, występującemi pod wpływem cukrzycy. Według Seegena w 2/3 części przypadków cukrzycy pojawiają się zboczenia przyrządu wzrokowego, co stanowczo zdaje się być przesadzonem, lubo nie można zaprzeczyć, że przyrząd ten nie rzadko ulega wpływom choroby rzeczonéj. Zboczenia dotyczyć mogą rozmaitych części i czynności oka. I tak często widzimy akomodacyję znacznie się zmniejszającą, a Horner przytacza nawet przypadek, w którym i refrakcyja oka uległa zmianie, co jeżeli istotnie przypuścimy, odnieść wypada do postaci gałki zmienionéj pod wpływem większéj lub mniejszéj zawartości płynów. Najwięcéj uderzającą, a tém samém i najwięcéj znaną, zmianą oka w przebiegu cukrzycy jest zaćma, któréj powstanie tłumaczą jedni charłactwem cukrzycowém, inni ubytkiem części wodnych wreszcie Frerichs i Lohmeyer wpływem chemicznym. Według ostatniego przypuszczenia zamienia się cukier zawarty w płynie wodnym przedniéj komórki na kwas mleczny, który soczewkę wpływem swym zaciemnia. Najwięcéj zdaje się być wyszukaném ostatnie przypuszczenie, gdyż pomijając już tę okoliczność, że ilość cukru, jeżeli go w ogóle w płynie wodnym znaleziono, nadzwyczaj jest małą, w razie słuszności teoryi musiałyby najprzód zaciemniać się warstwy leżące pod samą torebką, co sprzeciwia się właśnie zrobionym spostrzeżeniom, że najczęściéj soczewka w głębszych warstwach zdradza początkowe zaćmienia. — Obok soczewki ulega wpływom cukrzycy siatkówka, a zapalenie téj błony odznacza się w takich razach znacznem wynaczynieniem. Częstokroć powstają także zaćmienia ciała szklanego, wywołane pęknięciem naczyń siatkówkowych lub naczyniowkowych. Mniéj uderzające lubo nie-

mniéj rzadkie są zboczenia nerwu wzrokowego, objawiające się już to jako osłabienie wzroku środkowego, już to jako ograniczenie pola widzenia, plamy w polu i widzenie połowiczne. Czasem zboczenia te odzwierciadlają się widocznie na nerwie wzrokowym, lecz daleko częściéj żadnych zmian w oku dostrzedz nie podobna; nie mogąc wyśledzić innéj przyczyny tych zboczeń, częstokroć obwiniać nam trzeba cukrzycę, która jednak częstokroć tak samo jak i cierpienie oczne tą samą może być wywołana przyczyną, dość wspomnieć tylko o naroślach, stwardnieniu mózgu i mlecza pacierzowego itd. Z innych części przyrządu wzrokowego ulegają wpływom choroby cukrowéj mi nie poruszające gałkę, ściągacz źrenicy, naprężacz naczyniówkię, mięsień unoszący powiekę, co za sobą pociąga najrozmaitsze porażenia. Lecz wszystkie te cierpienia mogą zarówno z cukrzycą być tylko współobjawami innego cierpienia. To też słusznie Foerster zauważa, że pod tym względem szerokie pozostaje bystremu badaczowi pole do ścisłego rozpoznawania choroby głównéj, têm bardziéj, że objawy oczne nie przedstawiają tutaj nic znamionującego.

Kol. Koszutski, który przed kilku laty równocześnie prawie liczne spostrzegał przypadki cukrzycy, przekonał się, że zimnica wywołała raz cukrzycę; zwraca przytêm uwagę, że woń z ust chorego pochodząca ułatwia czasem rozpoznanie choroby, w innych zaś razach naprowadza na nią wyprysk jakoteż świąd sromny. Co do środków leczniczych podnosi działanie przetworów makowcowych. — Kol. Koehler naprowadzony był na rozpoznanie cukrzycy uwagą choréj, że muchom ognać się nie może. Cukrzyca wywołuje także zapalenia ucha, a mianowicie środkowego z martwicą kości sutkowéj, a daléj wyprysk małżowiny. Gardło w ogólności nie przedstawia żadnych powikłań w cukrzycy. — Kol. Jerzykowski nie podziela zapatrywań prelegenta co do rokowania, jakoby ono dawało czasem nadzieję wyzdrowienia; w jednym tylko przypadku widział, że cukrzyca ustąpiła. — Kol. Wicherkiewicz sądzi, że zniknięcie cukru z moczu nie jest bynajmniéj znamieniem ustąpienia choroby, gdyż wiadomą jest rzeczą, że cukier pod wpływem leczenia, a więcéj jeszcze dyjety, na czas jakiś może zniknąć, aby po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu znowu się pojawić. Znane mu są przypadki, gdzie cukrzyca 20 lat była leczoną, wśród któregoto czasu pod wpływem kuracyi rozmaitych cukier znikał i znowu się pojawiał. — Kol. Swiderski nie stawia bynajmniéj prognozy absolutnéj, jest atoli przekonanym, że choroba w mowie będąca może niekiedy być wyleczoną. Obok dyjety najważniejsze są kuracyje w Karlsbad-Neuenahr i Vichy. Co do makowca zgadza się, iż środek ten chwilowo cierpienie złagodzić może, przedłużając jednakże takowe. — Kol. Koszutski przypomina sobie chorą, która cierpiała na silny wyprysk, sprawiający jéj najprzykszejsze dolegliwości. Makowiec usunął takowe, a suchy sposób leczenia wyprysku i Karlsbad dokonały reszty. — Kol. Swiderski widział przypadek, gdzie po usunięciu wyprysku cukrzyca sama ustąpiła.

Dr. B. Wicherkiewicz.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 24—30 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 38,2. Z odry umarło 1 (0 z. t.); z błonicy 2 (3 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z róży 0 (1 z. t.); z gruźlicy 13 (8 z. t.): z zapalenia płuc 10 (5 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 1 krztuśca i 1 duru brzusznego. W tygodniu od 17—23 stycznia umarło z ospy: w Warszawie 3, w Wiedniu 10, w Budapeszcie 21, w Pradze 2, w Rzymie 4, w Wenecyi 7, w Genewie 1, w Zurychu i Paryżu po 6, w Odesie 4. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie, Poznaniu i Petersburgu po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło: w Petersburgu 15, w Paryżu 12, w Hamburgu 8. Z odry umarło w Budapeszcie 21, w Paryżu 23, w Londynie 49, w Amsterdamie 24. Z płonicy umarło: w Hamburgu 9, w Petersburgu 22. Z błonicy umarło: w Warszawie 14, w Berlinie 40, w Hamburgu 9, w Lipsku 10, w Paryżu 47, w Londynie 31, w Chrystyjanii 14. Z krztuśca umarło: w Warszawie 6, w Londynie 94. Z cholery umarło od 8—15 stycznia w Audienne i Donarnenez 1, względnie 10, a zachorowało 8, względnie 47.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 17—23 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,6; w Warszawie 34,1; w Poznaniu 29,8; w Brodach 22,7; w Drohobyczu 38,7; w Kołomyi 33,1; w Przemyślu 29,1; w Stanisławowie 5,1; w Tarnopolu 34,8; w Tarnowie 26,1; w Wiedniu 27,1; w Lincu 40,3; w Salcburgu 30,8; w Gracu 30,6; w Tryjeście 32,?; w Insbruku 39,4; w Pradze 40,7; w Bernie 28,8; w Ołomuńcu 23,2; w Opawie 34,9; w Berlinie 27,7; w Budapeszcie 32,5; w Wrocławiu 31,9; w Gdańsku 27,5; w Dreźnie 25,4; w Hamburgu 25,3; w Lipsku 25,3; w Mnichowie 32,0; w Strasburgu 27,9; w Amsterdamie 26,9; w Bazylei 17,0; w Brukseli 31,1; w Chrystyjanii 27,6; w Genewie 28,1; w Kopenhadze 16,2; w Londynie 21,9; w Odesie 34,8; w Paryżu 27,3; w Petersburgu 33,1; w Rzymie 26,9; w Stokholmie 25,5; w Wenecyi 36,2; w Zurychu 25,8.

J. I.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 lutego. Reakcyja przeciw obowiązującym obecnie przepisom o studyjach lekarskich staje się coraz większą, w miarę, jak coraz bardziéj okazuje się, że przepisy te nie odpowiadają celowi. Podczas gdy z postępem nauki a zwłaszcza gałęzi jéj specyjalnych pięciolecie nierównie mniéj aniżeli dawniéj wystarcza dla ucznia do zapoznania się z poszczególnemi dziedzinami umiejętności lekarskich, faktem jest pewnym, że student obecnie nie lat 5, lecz tylko 3 lata poświęca medycynie; jeden rok bowiem schodzi na naukach przyrodniczych, a raczéj na przygotowaniu się do egzaminów t. zw. wstępnych, drugi zaś rok poświęca się obowiązkowi wojskowemu, który to rok również jest stracony w zupełności, albowiem państwo nie ma korzyści ze służby adepta medycyny, ostatni zaś ze służby téj również mało wynosi pożytku dla przyszłego swego zawodu. Jeżeli zaś kwestyja, co począć z naukami przyrodniczemi, jest zasadniczą i wymaga dojrzałego zastanowienia się, to pytanie co do służby wojskowéj dałoby się snadnie rozstrzygnąć z równą korzyścią dla państwa i jednostek, gdyby uczniowie medycyny nabyli prawa służenia w wojsku dopiero po otrzymaniu stopnia akademickiego, w którym to celu jednak wypadałoby termin najdalszy do wstąpienia do służby wojskowéj oznaczyć na rok 30ty a nie 27my, jak dotychczas. Téj treści wniosek uczynił dep. Dr. Wiedersperg d. 28 stycznia r. b. w Radzie państwa. Nie przesądzamy rezultatu tego wniosku, ale sądzimy, że byłby czas, aby Rząd poddał ściśléj rewizyi całą ustawę a nie poszczególne jéj przepisy, a przystępując do takiéj rewizyi wypadałoby, aby poprzednio zasięgnął zdania wszystkich Wydziałów lekarskich.

○ Poniżéj podajemy konkurs rozpisany przez Zarząd Akademii Umiejętności o stypendyjum w ilości 1000 złr. na wyjazd za granicę dla kandydata, który w Uniw. krak. otrzymał stopień naukowy, na który to konkurs zwracamy uwagę interesowanych.

* **Praga czeska** 8 lutego. Na dzisiejszém posiedzeniu „Spolku lekařův českých“ okazał Dr. Zdeborský przypadek 1) *Kystolipoma fibrosum* u kobiety 36-letniéj, usadowiony w sutku lewym, z drobném rozsianiem po całéj skórze. 2) *Angiom* na głowie u 1 miesięcznego dziecka zajmujący całą lewą połowę głowy. Następnie demonstrował prof. Hlava preparaty tętniaka *arteriae basilaris* wielkości orzechu włoskiego, usadowionego w miejscu odejścia tętnicy głębokiéj mózgu. Tętniak ten wchodził pod *corpora quadrigemina*, uciskał prawe *crus cerebri* i n. okoruchowy i wywołał *hydrocephalus int.* znacznego stopnia z zanikiem istoty mózgowéj. Przypadek ten dotyczył 25-letniego kolegi, który przebył przed laty kiłę i zmarł wśród objawów porażenia opuszkowego z ogłupieniem jako objawem zaniku istoty mózgowéj. Wreszcie 3) Dr. Pečirka, asystent kliniki chorób skórnych, okazał chorego 14 letniego chłopca z *Xeroderma pigmentosum* i omówił obecny stan nauki téj choroby. *Dr. Obrzut.*

* **Szwajcaryja**. W Grand-Sacconex w kantonie genewskim odsłonięto pomnik dla zmarłego w r. 1762 oftalmologa francuskiego Jakóba Daviela; na pomniku umieszczono napis: *Post tenebras lux, Jacques Daviel 1696—1762, Chirurgien et Oculiste qui le premier guérit la catarracte par extraction.*

* **Konstantynopol**. Na przyszły sierpień „*Syllogue* grecki“ tutejszy zwołuje *Congrés scientifique*, na którym mają być tra-

ktowane i rzeczy dotyczące trądu na Wschodzie, wpływu wody do picia na zdrowie mieszkańców, śmiertelność noworodków w Turcyi w skutek braku mleka u matek, nazwy roślin i zwierząt w porównaniu do staréj nomenklatury greckiéj, ślepi i przyczyny ślepoty na Wschodzie i środki przeciwgnilne starożytnych. Do prac kongresu będzie także należeć filologija, archeologija itp. Prace powinny być przesyłane pod adresem p. Heraklesa Basiadesa, prezydenta Syllogu. *Dr. Jabłonowski*

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Praga**. Prof. okulistyki Sattler z Erlangi powołany został jako następca Hasnera. — **Manchester**. W miejsce prof. Gamgee mianowany został profesorem fizyjologii w Owens College prof. Stirling z Aberdeenu. — **Zurych** Prof. Horner z powodu schorzałości zrezygnował z katedry okulistyki.

* **Wiadomości osobowe**. Lekarzem starszym w rezerwie mianowany Dr Aleksander Kocay w Krakowie, lekarzem zaś starszym w armii czynnéj Dr. Bogumił Bieńkowski w szpitalu garnizonowym we Wiedniu

* **Nekrologija**. W Stokholmie umarł prof. Santesson w 76 roku życia, w Monachijum prof. fizyki Beetz, w Paryżu członek Akademii lek. Julijusz Guérin w 85 roku życia, w Nowym Yorku prof. Draper, w Wiedniu Dr. Pleischl, b. asystent i szwagier Oppolzera, w Pradze Dr. Goschler.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 6: Neugebauera: Przypadek pomyślnego wyleczenia wynicowania przewlekłego macicy (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 6: Heringa: O niektórych zaburzeniach nerwowych, towarzyszących cierpieniom gardzieli; Leśnika: Gnicie, bakteryje gnilne i produkty gnicia (dok.).

Redakcyja otrzymała.

Prof. Dr. JURASZ: Ein verhorntes Papillom des Kehlkopfes. (Odbitka z „Berl. klin. Woch.“ 1886) in 8vo str. 6.

Tegoż: Casuist. Beiträge zur Lehre v. d. Anomalien der Gaumentonsillen. (Odbitka z „Monatss. f. Ohrenh.“) in 8vo str. 4.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 17 lutego b. m. o godzinie 6téj w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) odbędzie się dyskusyja nad odczytem mianym na przeszłém posiedzeniu, poczém 2) prof. Mikulicz będzie miał rzecz o chirurgicznem leczeniu otoku ropnego jamy Highmora z demonstracyją.

We środę dnia 17 b. m. o godzinie $5\frac{1}{2}$ wieczór (t. j. przed posiedzeniem Towarzystwa Lekarskiego) odbędzie się w Sali Akademii Umiejętności ogólne doroczne Zgromadzenie Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich, na które szanownych Członków i Prenumeratorów Wydawnictwa zapraszam. *Prof. Dr. Korczyński.*

Do Nru dzisiejszego dołącza się prospekt na Pamiętnik Tow. lek. warsz.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Stosownie do uchwały Zarządu Akademii Umiejętności (z 26 listopada 1883) którego rozporządzeniu śp. pani Aniela Radzimińska powierzyła fundusz stypendyjny, przypada na rok obecny stypendyjum (co lat pięć rozdawać się mające) w ilości 1000 (tysiąc) zł. w. a., a przeznaczone dla kandydata, który otrzymawszy w Uniwersytecie krakowskim stopień naukowy pragnąłby dopełnić w pewnym kierunku szczegółowym naukę za granicą. Zasiłek ten wypłacać się będzie w ratach półrocznych. Po upływie półrocza kandydat będzie obowiązany zdać Akademii sprawę z swoich studyjów.

Podania wnosić należy do kancelaryi Akademii Umiejętności do dnia 15 marca 1886 r. włącznie.

W Krakowie 5 lutego 1886 r.

St. Tarnowski.
Sekr. jeneralny Akademii.

Dr. Medycyny kawaler jest potrzebny na małe miasteczko. O bliższą wiadomość uprasza się zgłosić pod literami K. S. do Administracyi Przeglądu Lekarskiego.

L. 69.

KONKURS.

W celu obsadzenia posady sekundaryjusza i lekarza domowego przy izraelickim szpitalu i domu kalek we Lwowie rozpisuje się niniejszém konkurs.

Z tą posadą połączona jest płaca roczna 300 do 500 złr. wedle umowy, wolne mieszkanie w szpitalu, opał i światło. Posadę rzeczoną nadaje się na przeciąg trzech lat a petenci mają się wykazać dyplomem uzyskanego stopnia doktora wszech nauk lekarskich względnie doktora medycyny i chirurgii. Kompetentom stanu wolnego da się pierwszeństwo przy obsadzeniu téj posady.

Obowiązki z tą posadą połączone określa bliżéj statut szpitalny.

Podania winny być wniesione do kancelaryi naszéj najdaléj do końca Lutego 1886

Przełożeństwo zboru izraelickiego.

Lwów dnia 18 Stycznia 1886.

KONKURS.

Komitet Towarzystwa Opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie rozpisuje konkurs na posadę drugiego sekundaryjusza przy szpitalu św. Ludwika dla dzieci z wynagrodzeniem rocznem 400 złr.

Posada niniejsza nadaną zostanie na lat dwa; ubiegający się o nią PP. Doktorzy wszech nauk lekarskich składać mają podania do dnia 20 Lutego 1886 w kancelaryi Dyrektora szpitala św. Ludwika.

Z Komitetu szpitala św. Ludwika.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.